

Aus der Königl. Frauenklinik der Universität München.

Casuistischer Beitrag

zur

Placenta praevia

auf Grund von 53 Beobachtungen in der Münchener
Frauenklinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamnten Medicin.

Der hohen

Medizinischen Facultät

der

Königl. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn Geheimen Raths

Prof. Dr. F. Winckel,

Director der Königlichen Frauenklinik.

Vorgelegt von

Frederick R. Weber, B. S.

Milwaukee U. S. A.

BERLIN 1891.

Druck von Hermann Brieger, S.W., Kochstr. 32.

Gründungs-Bericht

1848

Verwaltungsrath

der

Stadtkasse

der Stadt

von

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

1848

Seinem lieben Schwiegerpapa

Joseph Stromier Esq.
(Glasgow).

in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Journal of the

Board of Directors

of the

City of

Die Vorgänge bei dem Geburtsacte sind heutzutage mit fast mathematischer Exactheit festgestellt, so dass eine normale Geburt eine physiologisch anatomische Studie an der Lebenden representirt. Mittelst unserer vielseitig sich entwickelnden Untersuchungsmethoden dringt unser Wissen immer mehr auf dem Gebiete der Störungen der Schwangerschaft und der Geburt vor, und dereinst werden auch diese nur ein Stück pathologischer Anatomie an der lebenden Frau darstellen. Ist unser Erkennen einmal soweit gediehen, dann sind auch die Gesichtspunkte des ärztlichen Handelns gegeben. Mögen die folgenden Zeilen auch nur Einiges beitragen zur Erkenntniss jener unheilvollen Complication der Geburt, „bei welcher wenige Tropfen Blutverlust mehr, über das Leben zweier Menschen entscheiden, und wo der Schoss der Mutter nur zu häufig zum Sarge des Kindes wird.“ ⁽¹⁾

Unter den 15 Millionen Geburten, welche jährlich in Europa und den Vereinigten Staaten stattfinden, ⁽²⁾ sind etwa zehntausend durch fehlerhaften Sitz der placenta complicirt, ⁽³⁾ und dreitausend Mütter erliegen dieser Störung der Schwangerschaft. Kein Wunder, dass sich

⁽¹⁾ L. Müller, placenta praevia, Stuttgart 1877. p. I.

⁽²⁾ v. Juraschek, statistische Tabellen, 1890. p. 85.

⁽³⁾ berechnet nach Winckel, Lehrb. d. Gebh. 1891, p. 303.

die Forschung seit Jahrhunderten bemüht Thatsachen über dieses Thema zu sammeln. Die Geschichte der *placenta praevia* spiegelt deshalb auch getreulich die medicinische Richtung der Zeiten wieder. Griechen und Römer hatten beobachtet, dass Gebärende vor der Geburt ohne Schmerz Blut verlieren, und die Kinder dann oft todt zur Welt kämen. Auch hatten sie beobachtet, dass der Mutterkuchen vor dem Kinde geboren wurde, doch irgend ein Verständniss brachten sie der Sache nicht entgegen. Das Mittelalter, die Zeit des blinden Nachbetens, schuf nur den nichtsbesagenden Namen „*filius ante patrem*“, für diese Anomalie. „Noch bis in Osianders Zeit vertraute die Hebamme lieber dem Blutstein, welchen sie der fast verbluteten Kreissenden immer wieder als „zuverlässigstes Heilmittel in die schon erkalteteten Hände drückte, als dass sie die Hilfe des Arztes verlangte.“⁽¹⁾ Und ob dieser die beste Hilfe bringen würde ist sehr zweifelhaft, da der Arzt im Mittelalter nur schwere Eingriffe, *Sectio caesarea*, *Perforation*, Zerstückelung des Kindes u. s. w. vornahm. Eine grosse Anzahl vererbter Anschauungen war noch zu beseitigen ehe diese Kunst die ihr gebührende Stellung einnehmen konnte. So litt die Lehre des vorliegenden Mutterkuchens an der überlieferten Annahme, dass nur der Fundus zur Insertionstelle der *Placenta* dienen könne. Deventer und de la Motte, die bedeutensten Geburtshelfer ihrer Zeit, nahmen, trotzdem es ihnen in einigen Fällen kaum gelingen wollte die *placenta* von der Umgebung des inneren Muttermundes zu lösen, doch an, dass sie vom Fundus herabgesunken sei, und ersterer nannte Paul Portal und seine Schule geradezu Idioten, weil sie für eine primär tiefe Implantation eintraten. Bald wurde an Verstorbenen der vorliegende Mutterkuchen als solcher erkannt, (Schacher, Leipzig 1709; Petit, Paris 1723), und nun war der Grundstein zum Gebäude der Erkenntniss gelegt. Die Grössen des 18. Jahrhunderts, Smellie, Levret, Röderer, Rigby, Leroux, Baudelocque, Osiander und Saxtorph theilten ihre reichen Erfahrungen mit. Obgleich jeder eine Anzahl

(1) L. Müller l. c. p. 3. p. 177 ff.

Fälle spontan verlaufen gesehen, blieb placenta praevia gleichbedeutend mit accouchement forcé zu einem möglichst frühzeitigen Termine. Wiegand führte den Tampon wieder ein, ⁽¹⁾ lehrte der Natur mehr Zutrauen zu schenken, und wirkte den alten Irrlehren stetig entgegen.

Während nun Jahrzehnte das accouchement forcé mit dem Tampon auf dem Continente um die Führerschaft rang, bildeten sich in England, zunächst zwar auf falscher pathologisch-anatomischer Erkenntniss, zwei Behandlungsmethoden aus, welche heute noch viel geübt werden. James Hamilton, ⁽²⁾ indem er annahm, dass die Placenta die Hauptquelle der Blutungen abgäbe, rieth bei rigider enger Cervix mit zwei Fingern einzudringen und den vorliegenden Theil in der Richtung wie bei der Wendung zurückzustossen. „Hierdurch wurde ich in den Stand gesetzt,“ sagte er, „einen Fuss zu ergreifen den ich herunter zog und mittelst einer Schleife befestigte. Indem ich nun mit zwei Fingern der rechten Hand den Muttermund unterstützte und mit der linken Hand das Kind vorwärts zog, öffnete sich der Uterus meistens sehr rasch.“ Braxton Hicks nahm dieselbe Therapie wieder auf in 1864, und lehrte die combinirte Wendung auch in anderen Fällen als bei enger aber nachgiebiger Cervix anwenden. Etwa zur gleichen Zeit lehrte Barnes, sich stützend auf eine genauere Untersuchung der Bildung des unteren Uterinegments durch Duncan, ⁽³⁾ dass man durch kreisförmige Ablösung der Placenta von diesem Theile die Blutung beherrsche. Traten später bei besserem Verständniss der Verhältnisse einige Modificationen in der Therapie auf, gab uns die Antisepsis und Asepsis auch die Möglichkeit mit Zuversicht manches zu unternehmen, was früher grosse Gefahren brachte, so ist doch der Fortschritt der Neuzeit mehr darauf gerichtet das Schablonenmässige der früheren Jahre zu beseitigen, und in jedem

⁽¹⁾ Die Geburt des Menschen, herausgegeben von Naegele, Berlin 1829. vordem im 3. Heft seiner Beiträge zur theoret. und pract. Geburtshilfe, (1801) p. 26.

⁽²⁾ Praktische Bemerkungen über geburtshilf. Gegenstände. Berlin (1838.)

⁽³⁾ Duncan, in Edinburg Med. Journal 1859 u. 1863.

einzelnen Falle die am leichtesten zum Ziele führende Therapie zu lehren. Um mir selbst einen Ueberblick über das Werden der Therapie zu geben verfertigte ich mir folgende Tabelle:

Expectative Methoden:

1. Talisman: Blutstein d. Hebamme (Mittelalter) bis 1800.
2. Secale Cornutum: Dubois (1836) Ritgen (1842)
3. Galvanismus: Radford (1844) Barnes.
4. abwartend (in geeigneten Fällen): Röderer 1753.
Rawlins 1789.
5. Kalt Wasser Injectionen: Rahn 1782, Saxstorph 1803,
Jörg 1833, Seyfert 1852, Kleinwächter 1875.
6. Heiss-Wasser Injectionen.
7. Styptica: F. Hoffmann 1750, Stark 1789. Hamilton 1828,
d'Outrepont (muriæ ferri) 1837, Barnes (Eisen-
chlorid) 1855.
8. Collodium: Cohnstein 1870.
9. Wechsel-douche: Schrader 1890.

Vorbereitende Methoden:

1. Blasenstich: Siegemundin 1690, Smellie (1751) Puzos
(1759), Stein d. J. 1803, Cazeaux 1844,
Ramsbotham, Robert Lee 1853, Schröder (1877)
Pinard 1890.
2. Tamponade: Leroux 1776, Bandelocque 1781, Bern-
stein 1781, Wigand 1803, La Chapelle 1825,
Busch (1829), Burns 1832, Kilian 1840,
Scanzoni 1849, Lumpe und Braun 1852,
Winkelsche Schule, Breisky (Wiener Schule).
Tarnier, Paris, (Auvard).
3. Langsame Manuelle dilatation der Cervix: Peu 1695,
Portal 1685, Smellie 1751, Boe 1807.
4. Instrumentelle Dilatation der Cervix:
 - a. Pressschwamm Adams-Walther, Fränkel 1870.
 - b. Gummiballon: Braun 1851, Barnes 1859, Green-
halgh 1865.
 - c. Thierblase: Wellenbergh und Chassagny 1847,
heutige belgische Schule.

5. Einschnitte in den Muttermund: Kilian 1840, Belli 1845, Hecker, 1873, Scanzoni 1849, Siebold, Holst,
6. kreisförmige Lostrennungen der Placenta: Barnes 1847, Murphy 1885, Amerikaner.
7. Lostrennung des kleineren Lappens und Blasenstich: Credé 1853, Cohen 1855.
8. Zerquetschung des vorliegenden Theils der Placenta: Pfeiffer 1863.
9. Entfernung des vorliegenden Theils der Placenta: Bunsen 1839.
10. Totale Entfernung der Placenta: de la Motte 1729, Simpson 1844.
10. Durchbohrung der Nachgeburt (und Wendung): Deventer 1734, Rigby 1776, Maygrier 1822, Merriman 1826, Gooch 1831, Lowenhardt 1839, Bonnet 1857, Schrödersche Schule.
12. Combinirte Wendung: Hamilton 1828, Braxton Hicks 1864, Berliner Schule, Leipziger Schule, Pinard.
13. Innere Wendung: Smellie 1751, La Chapelle 1821.
14. Einleitung des Kopfes: Zeitfuchs 1842, Crede 1853.

Entbindende Methoden:

1. Expressis foetus: (Kristeller 1867.)
 2. Zangenoperation: Smellie 1751, und viele andere.
 3. Extraction am Beckenende:
 4. Accouchement forcé: Guillemeau 1599, Bourgeois 1619, Mauriceau 1668, Deventer 1701, De la Motte 1729, Friderici 1732, Smellie 1751, Levret 1753, Rigby 1776, Stark 1789, Osianders 1792, Saxtorph 1803, Boer 1807, La Chapelle 1821, d'Outrepont 1837, Hohl 1845.
-

Die casuistischen Mittheilungen dieser Arbeit beziehen sich auf 53 Fälle, über welche in den klinischen Journalen der Münchener Gebäranstalt während der letzten 25 Jahre berichtet wurde. Da sich eingehende Angaben über den Geburtsverlauf erst seit Uebernahme der Leitung der Anstalt durch Herrn Geheimrath Winckel im Jahre 1884 vorfindet so wird letztere Zeit vorwiegend berücksichtigt. In dem Zeitraume von 1865—1884, kamen unter 18 289 Geburten, 19 Fälle von placenta praevia vor = 1 Fall auf 963. Von 1884 bis 1890 waren unter 5 078 Geburten 34 Fälle von vorliegendem Mutterkuchen = 1 Fall unter 150. Nur zum Theile erklärt sich dieser auffallende Unterschied aus der jetzigen erheblicheren Ausdehnung der hiesigen Poliklinik, da durch diese die schwierigen Fälle der Anstalt zugewiesen werden. Zum Theile beruht diese Zunahme auch auf Stellung genauer Diagnosen, denn in unserer, wie in anderen Kliniken, findet man jetzt bei placenta praevia vorzeitigen Fruchtabgang in 25% aller Fälle. Dagegen ist in der älteren Heckerschen Statistik (1865—1884) kein Fall aus so früher Zeit notirt. Jedoch darf man nicht übersehen, dass placenta praevia jetzt relativ häufiger in den grösseren Hospitälern zur Beobachtung gelangt als früher. L. Müller hatte in seiner Monographie ausgerechnet, dass ein Fall unter 1078 Geburten vorkommt. Diese Berichte sind Hospitälern entnommen und reichen etwa bis 1870. Dagegen hat man in der Neuzeit, z. B. für Berlin, eine absolute viel grössere Häufigkeit nachgewiesen. Lomer hat berechnet, dass die jährliche Zahl der Fälle in der Charité etwa 26, in der Olshausenschen Klinik und Poliklinik 39 beträgt. Wenn man gar nicht jene Fälle berücksichtigt, welche sonst noch privatim in Berlin behandelt werden, so ergibt dieses doch jährlich 65 Fälle auf 46 000 Geburten, (Durchschnittsgeburtssziffer von Berlin). Diese Minimalzahl jedoch ergibt schon 1 Fall unter 723 Geburten. Die relative Häufigkeit aus den Publicationen der Neuzeit wird durch die folgende Tabelle dargethan.

Tarnier ⁽¹⁾	1855—1885	unter 46 900	Geb. 145	Mal. pl. pr. = 1:323
Winckel ⁽²⁾	1879—1887	„ 8500	„ 30	„ „ „ = 1:283
Pajot ⁽³⁾	1855—1885	„ 23509	„ 110	„ „ „ = 1:214
Rotunda ⁽⁴⁾	1883—1886	„ 4514	„ 23	„ „ „ 1:195
München ⁽⁵⁾	1884—1889	„ 5078	„ 34	„ „ „ = 1:150
Dresden ⁽⁶⁾	bis 1888	„ 5779	„ 45	„ „ „ = 1:128.4
Lomer ⁽⁷⁾	bis 1884	„ 6862	„ 136	„ „ „ = 1:50
Halle ⁽⁸⁾	bis 1884	„ 2598	„ 68	„ „ „ = 1:38
		103740	Geb. 591	Mal. pl. pr. = 1:175

Diese relative Häufigkeit mag ja theilweise durch das Anwachsen der Städte bedingt sein, da schwere Fälle eher in Kliniken wandern; immerhin sollte eine solch hohe Ziffer eine Mahnung sein, die Aetiologie anders zum Ausdruck zu bringen, als mit dem nicht viel sagenden Worte Endometritis.

Sicherlich setzen sich Frauen in erhöhtem Maasse gewissen Schädlichkeiten aus, und muss es eine Aufgabe sein, eine rationelle Prophylaxis für dieses zunehmende Uebel zu suchen. Was unsere Fälle in dieser Beziehung bieten, soll weiter unten berücksichtigt werden. Hier mag noch angeführt werden, dass schon Melitsch, dann Saxtorph und Spiegelberg von einem epidemischen Auftreten der placenta praevia sprachen, und wenn heute nur von einer zufälligen Anhäufung der Fälle die Rede sein kann, so wird diese doch häufig beobachtet. Auch in München fand man im Jahre 1889 unter 897 klinischen Geburten 10 mal placenta praevia, während im Jahre 1885 und 1887 nur 2 resp. 3 Fälle vorkamen.

Für die Beurtheilung der folgenden Fälle ist es von Wichtigkeit, dass Herr Geheimrath Winckel den Ausdruck

⁽¹⁾ u. ⁽³⁾ Citirt nach A. Auvard, de la conduite a tenir dans les cas de plac. praevia. Paris 1886. p. 195—201.

⁽²⁾ Winckel. Lehrb. d. Gebh. p. 303.

⁽⁴⁾ Rotunda Reports-Flemming in Lancet 1886. p. 126.

⁽⁵⁾ Fälle, welche hier beschrieben sind.

⁽⁶⁾ Nordmann, Archiv f. Gynaekol. Bd. XXXIII, 1888 p. 133.

⁽⁷⁾ Lomer, Combined Turning in the Treatment of pl. pr. American J. of Obstetr. 1884. p. 1248.

⁽⁸⁾ Olshausen, klin. Beiträge, Stuttgart 1884. p. 113.

Die casuistischen Mittheilungen dieser Arbeit beziehen sich auf 53 Fälle, über welche in den klinischen Journalen der Münchener Gebäranstalt während der letzten 25 Jahre berichtet wurde. Da sich eingehende Angaben über den Geburtsverlauf erst seit Uebernahme der Leitung der Anstalt durch Herrn Geheimrath Winckel im Jahre 1884 vorfindet so wird letztere Zeit vorwiegend berücksichtigt. In dem Zeitraume von 1865—1884, kamen unter 18 289 Geburten, 19 Fälle von placenta praevia vor = 1 Fall auf 963. Von 1884 bis 1890 waren unter 5 078 Geburten 34 Fälle von vorliegendem Mutterkuchen = 1 Fall unter 150. Nur zum Theile erklärt sich dieser auffallende Unterschied aus der jetzigen erheblicheren Ausdehnung der hiesigen Poliklinik, da durch diese die schwierigen Fälle der Anstalt zugewiesen werden. Zum Theile beruht diese Zunahme auch auf Stellung genauer Diagnosen, denn in unserer, wie in anderen Kliniken, findet man jetzt bei placenta praevia vorzeitigen Fruchtabgang in 25% aller Fälle. Dagegen ist in der älteren Heckerschen Statistik (1865—1884) kein Fall aus so früher Zeit notirt. Jedoch darf man nicht übersehen, dass placenta praevia jetzt relativ häufiger in den grösseren Hospitälern zur Beobachtung gelangt als früher. L. Müller hatte in seiner Monographie ausgerechnet, dass ein Fall unter 1078 Geburten vorkommt. Diese Berichte sind Hospitälern entnommen und reichen etwa bis 1870. Dagegen hat man in der Neuzeit, z. B. für Berlin, eine absolute viel grössere Häufigkeit nachgewiesen. Lomer hat berechnet, dass die jährliche Zahl der Fälle in der Charité etwa 26, in der Olshausenschen Klinik und Poliklinik 39 beträgt. Wenn man gar nicht jene Fälle berücksichtigt, welche sonst noch privatim in Berlin behandelt werden, so ergiebt dieses doch jährlich 65 Fälle auf 46 000 Geburten, (Durchschnittsgeburtssziffer von Berlin). Diese Minimalzahl jedoch ergiebt schon 1 Fall unter 723 Geburten. Die relative Häufigkeit aus den Publicationen der Neuzeit wird durch die folgende Tabelle dargethan.

Tarnier ⁽¹⁾	1855—1885	unter 46 900	Geb. 145	Mal. pl. pr. = 1:323
Winckel ⁽²⁾	1879—1887	„ 8500	„ 30	„ „ „ = 1:283
Pajot ⁽³⁾	1855—1885	„ 23509	„ 110	„ „ „ = 1:214
Rotunda ⁽⁴⁾	1883—1886	„ 4514	„ 23	„ „ „ 1:195
München ⁽⁵⁾	1884—1889	„ 5078	„ 34	„ „ „ = 1:150
Dresden ⁽⁶⁾	bis 1888	„ 5779	„ 45	„ „ „ = 1:128.4
Lomer ⁽⁷⁾	bis 1884	„ 6862	„ 136	„ „ „ = 1:50
Halle ⁽⁸⁾	bis 1884	„ 2598	„ 68	„ „ „ = 1:38
		103740	Geb. 591	Mal. pl. pr. = 1:175

Diese relative Häufigkeit mag ja theilweise durch das Anwachsen der Städte bedingt sein, da schwere Fälle eher in Kliniken wandern; immerhin sollte eine solch hohe Ziffer eine Mahnung sein, die Aetiologie anders zum Ausdruck zu bringen, als mit dem nicht viel sagenden Worte Endometritis.

Sicherlich setzen sich Frauen in erhöhtem Maasse gewissen Schädlichkeiten aus, und muss es eine Aufgabe sein, eine rationelle Prophylaxis für dieses zunehmende Uebel zu suchen. Was unsere Fälle in dieser Beziehung bieten, soll weiter unten berücksichtigt werden. Hier mag noch angeführt werden, dass schon Melitsch, dann Saxtorph und Spiegelberg von einem epidemischen Auftreten der placenta praevia sprachen, und wenn heute nur von einer zufälligen Anhäufung der Fälle die Rede sein kann, so wird diese doch häufig beobachtet. Auch in München fand man im Jahre 1889 unter 897 klinischen Geburten 10 mal placenta praevia, während im Jahre 1885 und 1887 nur 2 resp. 3 Fälle vorkamen.

Für die Beurtheilung der folgenden Fälle ist es von Wichtigkeit, dass Herr Geheimrath Winckel den Ausdruck

⁽¹⁾ u. ³⁾ Citirt nach A. Auvard, de la conduite a tenir dans les cas de plac. praevia. Paris 1886. p. 195—201.

⁽²⁾ Winckel. Lehrb. d. Gebh. p. 303.

⁽⁴⁾ Rotunda Reports-Flemming in Lancet 1886. p. 126.

⁽⁵⁾ Fälle, welche hier beschrieben sind.

⁽⁶⁾ Nordmann, Archiv f. Gynaekol. Bd. XXXIII, 1888 p. 133.

⁽⁷⁾ Lomer, Combined Turning in the Treatment of. pl. pr. American J. of. Obstetr. 1884. p. 1248.

⁽⁸⁾ Olshausen, klin. Beiträge, Stuttgart 1884. p. 113.

pl. pr. centralis nur für jene Fälle gelten lässt, in welchen bei fast völlig erweitertem Muttermunde das os internum „noch völlig von der Placenta eingenommen wird.“ Wenn auch, zumal bei der Beurtheilung eines Falles, der Grad der Blutung und der sonstige Zustand der Patientin von grösster Bedeutung ist, und hier und da ein marginaler Fall Gefahren mit sich bringt, so genügt eine Einsicht der Literatur um die centralen Fälle prognostisch zu sonderu. Dass man anderweitig mit der Bezeichnung centralis sehr freigebig war, ergiebt sich aus folgender Tabelle:

Münchener Klinik	8	Mal	centralis	aus	53	Fällen	=	15%
Winkel	10	"	"	"	64	"	=	16%
Lomer	25	"	"	"	136	"	=	19%
Auvar	(¹) 29	"	"	"	145	"	=	20%
Olshausen	(²) 22	"	"	"	68	"	=	33%
Gusserow	(³) 38	"	"	"	107	"	=	35%
Tramer	(⁴) 13	"	"	"	33	"	=	40%
Nordmann	(⁵) 19	"	"	"	45	"	=	42%
L. Müller	(⁶) 748	"	"	"	1479	"	=	50%
Ingerslev	(⁷) 24	"	"	"	56	"	=	42%
Murphy	(⁸) 9	"	"	"	15	"	=	60%

Man wird also annehmen können, dass jeder fünfte Fall central ist im Winckelschen Sinne. Was weiter die Art des Vorliegens unter den hiesigen Fällen betrifft so fand man unter 53 Fällen, die placenta 7 mal marginal, 37 mal lateral und 8 mal central gelagert. Unter den lateralen Fällen wurde 13 mal die rechte Seite, 11 mal die linke Seite des Uterus eingenommen.

(¹) Auvar l. c. p. 211.

(²) L. c. p. 113 ff.

(³) Citirt nach Wyder, Correspondenz-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1890, No. 14. p. 442.

(⁴) Tramer. Corresp. Blatt für Schweiz. Aerzte 1883 p. 417 ff.

(⁵) L. c. p. 133 ff.

(⁶) Fälle bis 1876 l. c. p. 171.

(⁷) Ingerslev, Hospital stitenda R₂ Bd. 8 1881. (skandinav. Fälle)

(⁸) British Med. Journal. 1884, p. 216.

Von einigem Interesse ist es die Art des Vorliegens bei Erst- Mehr- und Vielgebärenden zu vergleichen. Es fanden sich:

8Iparae	2 mal pl. marg	6 mal pl. lat.	0 mal plac. centr.
26 pluri parae	3 " " "	19 " " "	4 " " "
19 multiparae	2 " " "	13 " " "	4 " " "

Die Verhältnisse für das Zustandekommen der höheren Grade der anomalen Implantation sind deshalb bei Mehr- und zumal bei Vielgebärenden günstigere. Dasselbe Resultat ergibt eine Zusammenstellung der Fälle Nordmanns, Tramers und Behms, nämlich:

8Iparae	2 mal pl. marg.	5 mal pl. lat.	1 mal plac. centr.
57 pluriparae	9 " " "	27 " " "	21 " " "
63 multiparae	4 " " "	36 " " "	23 " " "

Die leichte Dehnbarkeit des unteren Uterintheiles wird hier wohl von Belang sein. In den späteren Monaten der Schwangerschaft werden dem wachsenden Inhaltsdrucke weniger Widerstände entgegengesetzt im pluri- oder multi-graviden Uterus, es findet eine Entlastung der utero-placentaren Gefässe statt und vorzeitiger Fruchtabgang erfolgt seltener. Dadurch wird Zeit gewonnen für eine grössere Wachsthumausdehnung der placenta. In den hiesigen 8 Fällen von placenta praevia centralis wurden denn auch die Kinder sämmtlich ausgetragen oder im 9. Monat geboren, also zu einer Zeit, in welcher die Placenta ihre grösste, absolute Ausdehnung erlangt.

Die Placenten selbst einerseits bei marginalem und lateralem Vorliegen, andererseits bei centralem, zeigen Verschiedenheiten, welche nicht ohne Einfluss auf die Art der Vorlagerung zu sein scheinen. Um diese Verhältnisse zu erläutern, mögen bei etwa gleichgrossen Kindern Form und Grösse der Placenten angeführt werden.

Art des Vorliegens.			Kindes Länge und Gewicht.	Grösse u. Gewicht der Placenta.
1. Plac. praevia lateralis			50 cm 2700 gr	23 × 15 cm 550 gr
2. „ „ marginalis			48 „ 2540 „	24 × 18 „ 640 „
3. „ „ marginalis			50 „ 2850 „	16 × 17 „ 500 „
4. „ „ lateralis			52 „ 3000 „	18 × 15 „ 750 „
5. „ „ „			51 „ 3250 „	23 × 18 „ 500 „
6. „ „ „			53 „ 4300 „	22 cm lang länglich 700 „
7. „ „ „			42 „ 2300 „	24 × 16 cm 490 „
8. „ „ „			53 „ 3700 „	26 × 19 „ 625 „
9. „ „ „			45 „ 3440 „	20 × 15 „ 500 „
10. „ „ „			49 „ 2875 „	27 × 14 „ 725 „
11. „ „ „			48 „ 3500 „	16 × 13 „ 540 „

1. Plac. praev. centralis			50 cm 3750 gr	23 × 18 cm 470 gr
2. „ „ „			52 „ 3450 „	20 × 18 „ 500 „
3. „ „ „			49 „ 2800 „	19 × 17 „ 700 „
4. „ „ „			50 „ 3459 „	23 × 20 „ 430 „
5. „ „ „			56 „ 4525 „	22 × 21 „ 950 „
6. „ „ „			41 „ 1750 „	17 × 15 „ 500 „

Aus beiden Tabellen geht hervor, dass bei centralem Vorliegen der Placenta, beinahe immer, (80 %) eine runde Form der Placenta gefunden wird, während bei seitlichem Vorliegen in 80 % der Fälle eine länglich ovale Form vorkommt.

Bei gleich tiefem Sitze wird eine runde Placenta auch am vollständigsten den sich eröffnenden Muttermund bedecken, also zur pl. centralis führen, da ja immer, ob sich die Cervix sehr bedeutend entfaltet oder nicht, gleich dicke und resistente Parteen durch den Inhaltsdruck getroffen werden. Eine länglich ovale placenta dagegen, welche ebenso tief implantir ist als die runde, erfährt in der Eröffnungsperiode eine ganz andere Wirkung der Dehnungskräfte. Ungleich dicke, ungleich adhärente Parthieen werden durch diese getroffen, der Halt auf der einen Seite bleibt bedeutend geringer, die Verhältnisse für das Haftenbleiben sind erschwert, mehr und mehr löst sich der Rand und die Bildung der pl. lateralis erfolgt. Von

Hofmeier⁽¹⁾ und Kaltenbach⁽²⁾ wurde hervorhoben, dass *placenta praevia* vornehmlich einer Placentarentwicklung innerhalb der *Circumflexa* des unteren Eipols ihren Ursprung verdanke. Die *Circumflexa* solle sich dann im weiteren Wachstume des Eies eng mit der *Vera* des unteren Uterinsegments verbinden. Diese Theorie ist in die neuesten deutschen Lehrbücher, Olshausen-Schröder, Runge und Martin aufgenommen worden. Doch fehlt es auch nicht an berufenem Widerspruche. Winckel erwähnt die Theorie in seinem Lehrbuch kaum. Ahlfeldt⁽³⁾ bestreitet sie vollständig. Seine⁽⁴⁾ Einwände sind:

a) „sollte sich eine *Reflexa Placenta* bilden, dann müsste anatomisch zunächst eine auffallend dicke *Dicidua reflexa* die intervillösen Räume der *Reflexa-Placenta* abschliessen und kommt diese auffallend dicke *Reflexa* auf die *Vera* des unteren Uterinsegments zu liegen, so kann niemals eine *Serotina* entstehen; sondern die äussere Gewebsschicht der *Reflexa* wird dieselben Veränderungen zeigen wie wir sie überall an der nach der Uterushöhle liegenden *Reflexa* bemerken, sie wird im Zustande einer rückgängigen Metamorphose begriffen sein und mit der *Vera* des unteren Uterinsegments keine innige Verbindung eingehen. Noch weniger ist an ein Durchwachsen der Zotten durch die *Reflexa* hindurch zu denken, so dass die Zotten in die *Vera* der Umgebung des inneren Muttermundes sich einsenken konnten.“

b) „Da Hofmeier und Kaltenbach durch ihre fünf, vier und drei Monatseier in keiner Weise anatomisch bewiesen haben, dass wirklich eine Durchwucherung der Zotten durch die *Circumflexa* bis tief in die *Vera* des unteren Uterintheiles stattfindet, so können sie die auffallende Weichheit dieses Gebärmutterabschnitts und der *Cervix* nicht erklären.“

(¹) Die menschliche Placenta u. s. w. Wiesbaden 1890.

(²) Zur Pathogenese der *placenta praevia*. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 18 p. 3.

(³) Zeitschrift für Geburt und Gyn. Bd. XXI 1891. S. 297 ff.

(⁴) L. c. p. 311 ff.

c) „Weil obiger anatomischer Nachweis nicht erbracht ist, müsste man annehmen, dass bei der Entfaltung der Cervix die Trennung zwischen Reflexa und Vera in derselben Schicht erfolgen würde, in der seiner Zeit die Anlagerung stattgefunden. Dieses würde mit nur ganz geringer Blutung geschehen, also einen ganz anderen Vorgang als bei der placenta praevia representiren.

d) „Ahlfeldt nimmt an, dass in dem Hofmeierschen Ei das Fruchtwasser abgeflossen, dass sich die Reflexa nach aufwärts gezogen und dadurch das „bestechend“ dicke einer placenta bekommen habe. Wäre der Uterus mit Fruchtwasser noch reichlich gefüllt, wie dieses bei Zwillingen der Fall, so würde der Reflexa-Lappen der jetzt scheinbar das os internum überbrückt, seinen Platz an der Wand des unteren Gebärmutterabschnitts gehabt, und dünn und atrophisch ausgesehen haben.“

e) „Nach Schultze und Ahlfeldts Untersuchungen inserirt die Nabelschnur nie in einem Nebenlappen der placenta sondern immer dort, wo die Chorionzotten die üppigste Nahrung finden, die Decidua am saftreichsten ist. Gerade bei placenta praevia aber findet man (Barnes L. Müller Winckel) eine Insertion der Nabelschnur ganz in der Nähe des os internum, also kann dieser Theil kein accessorischer, kein Reflexa-Lappen sein.“

f) „Eine Anzahl Abbildungen von normalen Eiern, und von Ahlfeldts Präparaten beweisen, dass man es in den Hofmeier-Kaltenbachschen Fällen mit normalen Verhältnissen zu thun hat, und dass die Reflexa-Zotten in den späteren Monaten der Schwangerschaft noch atrophirt wären, also dass die Annahme einer placenta praevia in obigen Fällen eine willkürliche war.

g) „Ahlfeldt konnte bei Personen, welche mit placenta praevia erkrankt waren, am 12—15. Tage post partum nachweisen, dass trotz der erfolgten Rückbildung des unteren Uterinsegments, Placentarthromben den Saum des inneren Muttermundes berührten, ja sich deutlich erkennbar abhoben von der sonst glatten Schleimhaut der Uterusinnenfläche.“

h) Mir ist auch nicht erklärlich, warum die Reflexa-entwicklung in demselben Falle einmal statthat und dann

nicht wieder. Obgleich der Zustand des Endometriums sicherlich sich in ein paar Monaten nicht wesentlich veränderte, so hat man doch sehr häufig beobachtet, dass Frauen innerhalb eines Jahres nachdem sie mit pl. praevia niederkamen, vollkommen normale Geburten durchmachten. Obgleich das Endometrium sich sicherlich nicht wesentlich verändert, sind placenta praevia Recidive die grössten Seltenheiten, und ist es deshalb an Hofmeier und Kaltenbach den Beweis zu liefern, warum in demselben Fall einmal eine Reflexa-placenta sich bildet, das andere Mal nicht.

Die Frage ist also nicht als abgeschlossen zu betrachten, sondern muss einer erneuten Untersuchung unterworfen werden. Die alte Annahme stützte sich darauf, dass das Ei primär in der Nähe des os internum implantirt sei. Das befruchtete Ei nimmt keine bestimmte Stelle im Uterus ein. Das einwandernde Ei kann Zusätze vorfinden, welche es nicht nur auf die dem corpus verum entgegengesetzte Seite drängen, (Virchow) sondern sogar durch den Uterus und die Tubenöffnung hindurch in die andere Tube hineinführen.⁽¹⁾ Es bestehen also Kräfte, welche das Ei nach seiner Ueberführung in den Uterus weiter befördern können. Kaltenbach⁽²⁾ negirte einfach die alte Theorie und sagt, dass ein befruchtetes Ei, welches höher oben keinen Halt gefunden, diesen gewiss am wenigsten auf dem inneren Muttermunde haben wird. Es würde von hier mit dem Sekretionsstrome oder auch durch Contractionen des Uterus weiter nach aussen getragen. Dem halten wir entgegen: Schon mit dem Tage der Befruchtung des Eies haben Reizzustände in den Genitalien statt. Als Beleg hierfür mögen die mit Sicherheit constatirten nervösen Erscheinungen kurz nach dem befruchten den Coitus angesehen werden. Indem nun das Ei sogar 5—6 Tage in der Tube (Winckel) und noch einige Tage in dem Uterus verweilen kann, ehe es von der

(¹) B. S. Schultze in Hassfurter franz. dissert. Jena 1865. „Hier war das abdominelle Ende der schwangeren Tube durch alte Adhäsionen vollkommen verschlossen, und das Ei hatte eine intranterine Juerdurchwanderung gemacht.“

(²) L. c. p. 3.

circumflexa befestigt wird, ist hierdurch genügend Zeit gegeben, dass die decidua graviditatis anfängt sich zu entwickeln. Hierdurch aber findet nach Ahlfeldts Untersuchungen ein Abschluss der Uterushöhle nach der Cervix hin statt. Wie Ahlfeldt hervorhebt kann man am schönsten dieses am Winckel'schen Ei⁽¹⁾ constatiren, da hier ein bedeutender Wulst der Decidua gegen die Cervix zu gebildet wird. Zur gleichen Zeit findet eine concentrische Hypertrophie des Uterus statt (bis zur 9. Woche). Hierbei erweitert sich die Uterushöhle, und da das Ei sie nicht vollständig ausfüllt, auch bis zum Ende des 3. Monats nicht, so wird die Wirkung der expulsiven Kräfte aufgehoben, und das Ei bleibt haften wo es hingeführt wird. (Ahlfeldt²) Nun „hält die Reflexa mit dem Wachstume des Eies nur dadurch Schritt, dass sie unter dem wachsenden Eidrucke die oberen Lagen der angrenzenden Vera abhebt und zu sich herüber zieht. Auf diese Weise gewinnt die Reflexa das zu ihrem Aufbaue notwendige Material und bereitet gleichzeitig den Zotten durch Auszerrung und Spaltbildung innerhalb der spongiösen Schicht bequeme Wege für ihr weiteres, rasches peripheres Vordringen.“ (Gottschalk³) Dieser Autor konnte auch an seinen Präparaten nachweisen, dass dieses Flächenwachsthum der Placenta (entgegen Hofmeier) so lange andauert bis das Ei die Gebärmutterhöhle ganz und gar ausfüllt. Mit der Annahme dieses Flächenwachsthums jedoch fällt auch jeder Einwand gegen die Ueberwucherung des innern Muttermundes durch Chorionzotten.

Gemäss obiger Annahme der Entstehung des vorliegenden Mutterkuchens sind zu unterscheiden, erstens die direct veranlassenden Momente, zweitens die prädisponirenden. Bezüglich der ersteren, also jene, welche das Ei in die untere Zone des Uterus drängen, kann nur wenig angegeben werden. Kaum je ist man in der Lage genau eruiren zu können, was in den ersten Tagen der Schwangerschaft sich zugetragen hat. Dass jedoch

(¹) Beschrieben in der Münchener Med. Wochenschrift. 1888. Nr. 31.

(²) Ahlfeldt, l. c. p. 304.

(³) Gottschalk, Archiv f. Gynaekologie 1891 XI p. 216.

das Ei, nachdem es in den Uterus gelangt ist, weiter bewegt werden kann, beweisen zur Genüge die oben citirten Fälle von Virchow und B. S. Schultze. Eine starke Erection des Uterus, welche die Herausdrängung des Schleimpfropfs aus der Cervix veranlasst, kann auch das Ei nach abwärts befördern. Eine gleiche weniger augenfällige Wirkung würde auch gegeben sein, durch jede heftigere Anstrengung der Bauchpresse. Es scheint mir nicht ohne Bedeutung zu sein, dass in 4 der hiesigen 24 Fälle starke Bronchitis mit Husten vorhanden war in den ersten Tagen der Empfängniss. Pinard⁽¹⁾ führt zwar mit Reserve an, dass eine Anzahl seiner Patientinnen eine längere Eisenbahnfahrt kurz nach der Conception antraten und glaubt, dass die sich oft wiederholenden Erschütterungen von Belang sein könnten. Jacquemier⁽²⁾ macht auf dieselbe Thatsache aufmerksam. Natürlich ist hier Raum gegeben für die absonderlichsten Spekulationen. Parvin beschuldigt den Coitus im Stehen, andere bei hoher Steisslage. Ritgen besagt, dass das Ei Nahrung suchend bis zum Halse des Uterus herabwandert. Das seltene Vorkommen der placenta praevia weist jedenfalls darauf hin, dass ihr Zustandekommen von der Zusammenwirkung einer Menge Factoren abhängig ist. Die direct veranlassenden Momente sind solche, welche der Arzt kaum beherrschen kann. Für uns dagegen ist es geboten so eingehend als möglich die prädisponirenden Factoren zu studiren um eine Handhabe für die prophylaxis zu gewinnen. Müller fand 20 Fälle, in welchen nach der placenta praevia 2, 3 und 4 ganz normale Geburten stattfanden. Es ist deshalb in vielen Fällen gewiss manches zu erreichen durch eine Behandlung der Zustände, welche zu dieser Erkrankung führten.

Bezüglich der Aetiologie kommen in erster Linie alle Zustände der Gebärmutter, welche die expulsiven Kräfte derselben beeinträchtigen, und eine erweiterte Höhle herbeiführen, also die Gruppe der

⁽¹⁾ Citirt n. B. Dylion, De l'insertion vicieuse, Paris 1890. p. 17.

⁽²⁾ Jacquemier. Manuel des accouchements Bd. II p. 228 ff.

Erschlaffungskrankheiten der Genitalien. Stellt man die grösseren Zahlen der Kliniken und Polikliniken zusammen um dieses zu eruiren, so findet man:

	I parae	II, III, IV, V parae	VI—X par.	X—XX. par.	Mehrgebär.
Lomer. . .	11	43	66	16	= 125
Nordmann . .	0	20	16	9	= 45
Tramer . . .	3	14	12	4	= 30
Behm	4	25	13	11	= 49
Jüdel	8	30	27	9	= 66
Murphy . . .	2	5	6	2	= 13
Ahlfeldt . .	1	3	5	2	= 10
Jungbluth . .	0	2	4	1	= 7
Unsere Fälle	8	27	8	10	= 45
Dylion . . .	4				= 19
Auvar . . .	19	48	25	14	= 126 ⁽¹⁾
	<u>60</u>	<u>217</u>	<u>182</u>	<u>78</u>	<u>= 535</u>

Man ersieht hieraus, dass aus etwa 600 (535 + 60) Frauen mit placenta praevia 10% Erstgebärende waren. Da aus den obigen Fällen etwa die Hälfte klinische sind, so kann man annehmen, dass das Receptionsverhältniss der Erst- zu den II bis VI Gebärenden wie 1 : 2 war (Winckel). Die letztere Classe wäre also 5 Mal mehr disponirt. Viel auffallender jedoch ist die sehr grosse Zahl der Vielgebärenden; es waren deren fast so Viele als Erst- und Mehrgebärende zusammen 277 : 260. In der klinischen Praxis (Winckel, Hecker, Charité-Annalen) machen diese nur 5% aller Gebärenden aus, in der poliklinischen etwas mehr. Vielgebärende sind somit 10 Mal mehr disponirt zu dieser Erkrankung. Am auffallendsten jedoch ist, dass 13% aller Fälle, Frauen betraf, welche zehn oder mehr Geburten überstanden hatten; nach obiger Liste 78 aus 595. Die Prädisposition zu dieser Erkrankung lässt sich deshalb auch kaum besser präcisiren als durch den Satz: Frauen, welche über 9 Mal geboren haben, stellen ein numerisch grösseres Contingent als die enorm häufigeren Erstgebärenden.

⁽¹⁾ Viele Fälle waren uns als M para bezeichnet.

Die Tabelle ergibt weiter, dass auf 371 Fälle 2246 Geburten kommen, = 6,1 auf jeden Fall. Müller⁽¹⁾, welcher die Fälle aus Kliniken sammelte, und einen viel zu hohen Procentsatz I parae in seiner Zusammenstellung hat, erwähnt 691 Fälle. Auch aus seinen Fällen konnte ich eine Geburtsziffer von 5 + für jede Frau ausrechnen. Dagegen findet man für Geburten überhaupt eine Durchschnittsziffer⁽¹⁾ von 4, und für Kliniken und Polikliniken etwas weniger als 3. Durchschnittlich ist deshalb die Geburtsziffer bei placenta praevia verdoppelt. Unter unsern Vielgebärenden fand ich bei einem durchschnittlichen Alter von 37 Jahren sogar $9 \frac{2}{3}$ Geburten für jede Frau.

Nebst der grossen Zahl der Geburten verdient deren schnelle Aufeinanderfolge Erwähnung. So fielen bei unseren Fällen 193 Geburten auf 312 Jahre, also eine Geburt auf 1 Jahr und 7 Monate. Dieses bestätigt zur Genüge D'Outreponts Angabe, dass diese Frauen sich durch eine höchst bedauernswerthe Fruchtbarkeit auszeichnen. Specieller mögen Erwähnung finden Fall 21 (3 Geb. in $2 \frac{1}{2}$ Jahren); Fall 26 — eine 23 J. IV para; Fall 27 — eine 35 J. XII para; Fall 30 — eine 39 J. Frau, welche seit ihrem 25. Jahre 12 Geburten durchmachte; Fall 31 — eine 34 J. — X para; Fall 32 8 Geburten in 8 Jahren; Fall 36 — IV Geb. in V Jahren; Fall 44 — 10 Geb. in 14 Jahren; Fall 50 — in 13 J. 10 Geburten; Fall 52 — 5 Geb. in 7 Jahren — Fall 53 — 12 Kinder in 14 Jahren. — Auch Kuhn fand in 17 aus seinen 46 Fällen dass die letzte Conception der letzten Entbindung binnen 2—4 Monaten gefolgt war.

Gar keine Beachtung schenkt man in den Lehrbüchern vorausgegangenen schweren Entbindungen, und doch kann man diese nicht selten nachweisen. In 11 aus den letzten 30 Fällen konnte man sehr schwere und langdauernde Entbindungen anamnestisch eruiren; oftmals hatten diese wiederholt stattgefunden. (Siehe Fälle No. 26,

⁽¹⁾ Müller a. a. O. S. 150.

⁽²⁾ A. Oldendorff, Eulenburg's Realencyclopädie, 2. Aufl. Bd. 7, p. 542.

27, 31, 34, 37, 38, 41, 44, 46, 48 und 53.) In 50% der 12 Ahlfeldtschen ⁽¹⁾ Fälle waren auch schwere Entbindungen vorausgegangen. Diese mögen hier kurz anamnestisch angeführt werden, da sie obige Angabe voll auf bestätigen. In Fall II, 31 J. VII para mit engem Becken. 7 Geb. in 8 Jahren, davon erste 3 durch Perforation beendet, 4. künstl. Frühgeburt und Zange, 5. künstl. Frühgeburt und Wendung, 6. künstl. Frühgeburt und Gesichtslage. 7. pl. pr. bei Gesichtslage. In Fall III, 40³/₄ J. VIII para — 2 Geb. Querlage-Wendung. 4. Fusslage-Extraction, 5. künstl. Frühgeburt, ebenso 7. Geburt. In Fall IV, 4 Geb. in VI Jahren, 1. Zange, 4. Zwillinge und pl. pr. — In Fall VI — enges Becken — 1. und 2. Geburt Gesichtslage — 4., 5. und 6. Querlage und Wendung — 7. künstl. Frühgeburt und Wendung, 8. pl. pr. In Fall VII, 27 J. IV Geb., 1. Geb. Zwillinge, Zange, manuelle Entfernung der placenta, 2. Geb. Querlage, Wendung, 3. Geb. Zwillinge, Querlage, Wendung, manuelle Entfernung der placenta, 4. Geb. pl. pr. lat. In dem XII Fall — 43 J. IX para, mit engem Becken, 4. und 6. Geburt durch Zange beendet, 7. pl. praevia und Wendung, 8. Beckenlage und Extraction, 9. pl. praevia. Diese kurze Wiedergabe der Ahlfeldt'schen Fälle und der Hinweis auf die hiesigen möge genügen, um darzuthun, dass schwere geburtshilfliche Eingriffe entschieden häufig in früheren Geburten vorkommen bei Frauen, welche später placenta praevia hatten.

Bezüglich des Alters lasse ich in Tabellenform das Resultat einer Zusammenstellung von etwa 500 Fällen folgen. Zum Vergleiche möge Heckers⁽²⁾ Tabelle beigefügt werden, welche den Procentsatz aller Münchener Fälle während 20 Jahre wiedergiebt.

I parae.

	Bei Geburten überhaupt.	Bei placenta praevia
14—19 J.	= 12,67 %	8,7 %
20—29 „	= 79,01 %	62,9 %
30—34 „	= 8,05 %	11,4 %
35—40 „	= 1,72 %	11,4 %
40—49 „	= 0,24 %	5,6 %

⁽¹⁾ Zeitschriften für Geb. und Gyn. Bd. 21 1891, p. 331.

⁽²⁾ v. Hecker, Beobachtungen, München 1881 p. 7.

Pluriparae.

15—19 J.	=	0,61%	0,0%
20—24 „	=	23,41%	9,0%
25—29 „	=	38,28%	21,2%
30—34 „	=	23,45%	29,2%
35—39 „	=	11,45%	28,0%
40—44 „	=	2,69%	14,4%
45—49 „	=	0,12%	1,8%

Ein Vergleich beider Tabellen ergibt zunächst, dass das Alter eine merkliche Rolle spielt, da Frauen über 30 Jahre mit jedem Jahre mehr zur placenta praevia disponirt erscheinen. Besonders auffallend ist, dass numerisch sogar 2 mal mehr Erstgebärende zwischen 35 bis 49 Jahren an placenta praevia erkrankten, als zwischen 14—19. Nach der Tabelle erscheinen deshalb die Frauen zw. 35—49 J. zwölf mal mehr disponirt. Schon A. R. Simpson⁽¹⁾ hatte dieses hervorgehoben. Unter 35 Fällen bei primiparae, welche er sammelte, fand er ein Durchschnittsalter von 28 1/2 Jahre. 5 davon waren über 40 Jahre alt. Read⁽²⁾ sagte: „The longer a woman remains unmarried and does not conceive the more apt are conditions going to supervene tending to produce abnormal implantation!“ Bei Mehrgebärenden findet dieselbe Bevorzugung des späteren Alters statt, und zwar so, dass jedes spätere Jahrfünft nach dem 6. im Vergleiche zu den Geburten überhaupt, eine Erhöhung des Prozentsatzes erkennen lässt, welche in fast genau geometrischer Progression zugenommen hat.

Trotzdem in den Anamnesen in unseren Fällen nicht darauf geachtet wurde und sicherlich deshalb in einer weit grösseren Zahl der Fälle Schädlichkeiten nachweisbar gewesen wären, fand ich in 7 aus 34 Fällen, dass

⁽¹⁾ Contributions to Obstetrics and Gyn. Edinburg 1880 p. 79.

⁽²⁾ Read, Placenta praevia, History and Treatment, Philadelphia 1861.

die Mütter nicht gestillt hatten. In Fall 30 stillte die Mutter nur das erste von 12 Kindern, in Fall 36 das erste von dreien, in Fall 37 das Erste von 7, in Fall 39 keines von 11 Kindern, in Fall 50 nur 5 aus 10, in Fall 52 keines von 5, in Fall 53 stillte die Frau nur die ersten zwei aus 14. In Fall 31 stillte die 31 J. X para trotz intercurrenter Schwangerschaft alle Kinder 7—11 Monate. Auch hier werden durch das zu lange, wie oben durch das Nichtstillen Nachtheile für die Mutter erwachsen sein; neuere Geburtshelfer machen ja auf die Nothwendigkeit des Stillens für die normale Rückbildung des Uterus dringend aufmerksam.

Nach Winckel liegen seltenere Prädispositionen in Tumoren der Uteruswände und in Formanomalien desselben, wie Uterus unicornis und bicornis. In zwei unserer Fälle konnte keine andere Aetiologie angenommen werden als eine nicht näher bestimmbare fehlerhafte Gestalt. So Fall 21 eine 22 J. III para, welche bei den zwei ersten Geburten immer eine Steisslage trotz ausgetragenen Kindes hatte, und Fall 35, eine 23 J. II para, welche in ihrer ersten Geburt ein ausgetragenes Kind in Fusslage geboren hatte.

Während die oben angeführten Prädispositionen in erster Linie wohl den ganzen Uterus betrafen, Veränderungen dessen Form und die Beschaffenheit seiner Wände herbeiführten, hat man schon früher auf die deletäre Wirkung des Aborts, des Uterincatarrhs, den Verlagerungen des Uterus u. s. w. hingewiesen. Diese Zustände beeinflussen zumeist nur das Endometrium. Von gewisser Seite beschuldigt man Endometritis als Hauptursache der placenta praevia. Der Begriff Endometritis jedoch ist ein sehr variabler. Gewiss ist es von grösster Wichtigkeit, diese Erkrankung zu berücksichtigen, zumal man hier prophylactisch vieles nützen kann. Inwiefern jedoch Endometritis an und für sich placenta praevia begünstigt, scheint nirgends in den Lehrbüchern klar dargestellt. Leider bleiben die Frauen nach der Entbindung nur kurze Zeit in den Gebärhäusern, so dass über den Zustand der Genitalien gewöhnlich keine Angaben gemacht sind. Auffallend war jedoch, dass I parae angaben, an starkem

Ausflüsse gelitten zu haben, ehe sie *placenta praevia* hatten. So erwähnt Scanzoni, dass seine 5 I *parae* mit *placenta praevia* alle mehr weniger an *fluor albus* gelitten und auch in unserem Fall 43, eine 27 I *parae* war angegeben, dass die Frau längere Zeit an stark eitrigem Ausflüsse gelitten hatte, und auch bei ihrer Aufnahme noch an *Cervical catarrh* erkrankt war.

Weit einleuchtender ist der Einfluss einer *Endometritis* auf die Grössenentwicklung der *placenta*. Schon Hegar hob hervor, dass er bei Aborten häufig *placenten* fand, welche über die Hälfte der Eiperipherie einnahmen. Wie später in den einzelnen Fällen zu sehen ist, war unter den hiesigen oft eine relativ sehr grosse *placenta* vorhanden. Der entzündliche Zustand des *Endometriums* ist ja nie gleichmässig in allen Theilen des *uterus*, und die *Placenta*, welche sich in der mehr weniger abnormen *Decidua* entwickelt, zeigt daher oft *Nebenplacenten* und *hypertrophische Theile*. So steht in Fall 38 — im *Journal*: „An einer Stelle ragen die Eihäute nicht bis an den *Placentarand*, sondern man hat eine deutliche *Hypertrophie* des *Placentargewebes*. An einer anderen Stelle ist die *Placenta* in *Wallnussgrösse* ausgebuchtet. In Fall 44 hatte man es mit einer *Placenta succenturiata* zu thun, und auch in Fall 46 fand man am Rande der *Placenta* einen *palmargrossen Anhang Placentargewebes*. Grosse *Placenten* werden in der *Litteratur* sehr oft erwähnt. Jüdel gibt an, dass in 11 aus seinen 75 Fällen eine absolut grosse *Placenta* gefunden wurde. In dem *Barneschem* bei einer 41 jährigen *XII para* beobachteten Falle, fand man eine *Placenta*, welche das Kind förmlich umhüllte. Wie in unserem Falle 38, fand auch Kuhn eine *Placenta* mit im *Centrum* verödetem Gewebe.

Gilt obiges von der einfachen *placenta*, so wird die *Zwillingsplacenta* durch ihre Grössenausdehnung noch eher zum Vorliegen disponiren. So bildet Winckel in seinem *Lehrbuche der Geburtshilfe* den hiesigen Fall 33 auf Seite 305 ab. Die *Zwillinge* hatten hier übereinander gelegen was daran erkannt wurde, dass die Eröffnung des zweiten Eies durch das gemeinschaftliche *Septum* beider Früchte stattgefunden hatte. Die *Placenta* wog

1050 Gramm, war 24 ctm. lang und 19 ctm. breit, bei 7 Monate alten Zwillingen. In Fall 45 waren die zwei Placenten durch die Eihäute straff verbunden, 10×12 und 8×9 ctm. gross. Die Kinder waren 25 ctm. lang und 200 Gramm schwer. In dieser frühen Zeit der Schwangerschaft haben die Placenten fast den ganzen Uterus ausgefüllt.

Zum Schlusse mögen noch jene Schädlichkeiten erwähnt werden, welche speciell zu Endometritis, also secundär auch zur placenta praevia disponirten. Von Alters her hob man die Häufigkeit der vorausgegangenen Aborte hervor. Es ist jedoch nicht zu vergessen, dass man pl. pr. als einen in früher Zeit entstandenen Abort auffasste, wobei das Ei sich aber wieder festgeheftet hatte. Deshalb suchte man auch in jedem Falle eine Disposition zum Aborte nachzuweisen. Unter Winckels⁽¹⁾ 16 ersten Fällen hatten 6 Frauen vor der Geburt mit placenta praevia bereits einmal abortirt, einige 2, 3, 4 mal. Unter Jüdells 75 Fällen hatten sogar $21\frac{1}{6}\%$ abortirt. Auch in 7 unserer letzten 32 Fälle (No. 12, 26, 36, 38, 41, 44, 52) hatte Abortus oder vorzeitiger Fruchtabgang stattgehabt. Placenta praevia war in zwei Fällen (No. 12 und 40) früher schon einmal vorhanden gewesen. In drei Fällen war eine Puerperal-Erkrankung in einem früheren Wochenbette vorhanden gewesen (No. 26, 27 und 48). — In Fall No. 51 war in der ersten Geburt die Placenta durch Zug an der Nabelschnur entfernt. Die Frau war 12 Jahre steril, darauf folgte eine normale Geburt und dann placenta praevia. Auch in No. 53 hatte man durch Zug an der Nabelschnur die Placenta entfernt. Nach einem Monate stellte sich eine sehr starke Blutung ein, und der Arzt musste ein Deciduum entfernen.

Dieser kurze Ueberblick beweist zur Genüge, dass Geburten mit placenta praevia eine Vorgeschichte haben. In einigen handelt es sich um eine einmalige eingreifende Ernährungsstörung des Uterus, oder um eine primäre fehlerhafte Anlage desselben. In der grossen Mehrzahl der Fälle jedoch findet man eine allmähliche Summation

(¹) Lehrbuch d. Gebh. p. 305.

kleinerer Insulte. Das relativ seltene Vorkommen dieser Anomalie deutet auch darauf hin, dass ihr Zustandekommen von der Zusammenwirkung einer Menge Factoren abhängig ist.

Zunächst mögen kurze anamnestiche Anhaltspunkte in 2 Fällen von *placenta praevia* bei Erstgebärenden Erwähnung finden.

No. 24. Journal No. 545, 1885. Amalie G. 19 J. alt. Person ist kräftig, mässig entwickelt; Becken verengt, Conjug. diag. 9,75 ctm; Lues! Schwangerschaft wurde im 7. Monat beendet. Frucht im 1^o macerirt geboren. Die *placenta* lag marginal vor, war 16 ctm. lang und 14 ctm breit. *Placenta* war dünn, und durchsät von derben, verdichteten Partien (Lues!?).

No. 43. Journal No. 198, 1889. Elise B. 27 J. alt. Kräftige Frau, wurde mit 17 Jahren menstruirt. Leidet seit ihrem 21. J. an einem Uterinleiden, welches mit verstärkten, sehr schmerzhaften, alle 3 Wochen wiederkehrenden, und 8 Tage dauernden Menses einhergeht. Bei ihrer Aufnahme wurde starkeitriger Cervicalcatarrh gefunden. Geburt erfolgte Mitte des 7. Monats. Die runde, 14 ctm Durchmesser aufweisende *Placenta* lag links, lateral vor.

In dem ersten Fall scheint die Hauptursache des marginalen Vorliegens der *Placenta* in ihrer Grösse gegeben zu sein. Rechnet man nach Cazeaux für den 7. Monat eine Uteruslänge von 26 ctm, und zieht für Cervixlänge und Fundusdicke 8—9 ctm ab, so musste bei der Erweiterung des inneren Muttermundes die 16 ctm lange *Placenta*, da sie die eine Wand des Uterus bedeckte, zur marginal vorliegenden werden. In dem zweiten Fall muss der chronische, langdauernde Cartarrh des Uterus mit beschuldigt werden als wichtiges zur *placenta praevia* disponirendes Moment.

In 6 aus 12 genau beobachteten Fällen von *placenta praevia* bei Mehrgebärenden ergab sich in 50% chronische Endometritis als wichtigstes ursächliches Moment.

No. 20. Journal-No. 105, 1884. Josephine R. II para. P. war in Jugend gesund, wurde mit 14 J. regelmässig, in vierwöchentlichen Pausen menstruirt. Erste Geburt

im 20. J. soll normal verlaufen sein. P. gibt an, seit längerer Zeit an besonders heftiger Dysmenorrhö mit Abgang weisslicher Fetzen zu leiden. Vor und nach den Menses starker Fluor. Geburt erfolgte Ende des 6. Monats. Die 13,5 ctm lange, 12 ctm breite placenta lag lateral vor.

No. 26. Journal-No. 221. (1886). Frau H. 23 J. IV para Anämische pastöse, ziemlich kräftig gebaute Frau. In der Kindheit Scrophulose, Caries der Tibia, Typhus (10 J.) Menses trat im 12. Jahre ein, wurde in späteren Jahren sehr stark, immer mit Klumpen Blutes vermengt. Erste Geburt Schädellage, normal; zweite, schwer Forceps. Kind $\frac{3}{4}$ J. gestillt. Im dritten Wochenbett 8 Wochen an Gebärmutterentzündung erkrankt. Hierauf folgten 2 Aborte im 3. Monat. In dieser der IV. Schwangerschaft trat ohne Anlass Ende des 4. Monats eine Blutung aus dem Uterus auf. Ende des 5. Monats erfolgte die Geburt. Placenta lag lateral und rechts vor und hatte Durchmesser von 16 und 14 ctm.

No. 36. Journal-No. 97. (1888). Therese D. 25 J. IV para P. ist schwächlich. Becken normal. In Jugend hatte sie Scharlach, Masern und Pneumonie (10 J.) — Wurde mit 15 Jahren regelmässig, später mit starken Schmerzen menstruirt. Erste Geburt normal. Zweite und dritte erfolgte im 7. resp. 8. Monat. Leidet schon länger an Schmerzen in den Parametrien. In der IV. Schwangerschaft stellten sich im 5. Monat Schmerz in Parametrien, Fieber und Frost ein. Geburt erfolgte Ende des 7. Monats, unter Exacerbation der Parametritis, Fieber 39,6°, Fröste. Die marginal vorliegende placenta war 15 ctm lang, und 11 ctm breit.

No. 42. Journal-No. 121. 1889. Frau T. 35 J. IV para. P. hat seit ihrem 25. J., in welchem die erste Geburt normal erfolgte schon an Anämie gelitten. War tuberculös in geringem Grade, da Section nur einen ganz kleinen käsigen Herd in den Lunge nachwies. Ihre zwei folgenden Geburten verliefen auch normal. Anämie und Schwäche, welche auf Dysmenorrhö und Menorrhagie zurückgeführt wurde nahm immer mehr zu; die 4. Geburt, mit pl. pr. erfolgte am normalen Ende der Schwanger-

schaft. Die Placenta lag central vor, war 23 ctm lang und 20 ctm breit.

No. 48. Journal-No. 689 (1889) Frau T.. 30 J., V para. P. war in Jugend gesund. Menses trat im 15 J. ein, regelmässig 5—6 Tage. Erste Geb. normal. Zweite ebenfalls, doch litt P. 6 Wochen im Wochenbett an Gebärmutterentzündung. Dritte Geburt verlief normal. Vierte Geburt musste durch Wendung und Extraction beendet werden. In V. Schwangerschaft Blutabgang Mitte des 9. Monats. Geburt eines ausgetragenen Kindes erfolgt, bei central vorliegender 22 ctm. langer, 21 ctm. breiter placenta.

No. 51. 1889. Frau Eckertsberger, 37 J. III para In Jugend gesund. Erste Geburt im 24. Jahre. Durch die Hebeamme wurde die Placenta durch Zug an der Nabelschnur, wobei die P. sehr viel Blut verlor, entfernt. Leidet seit jener Zeit an verstärkten, schmerzhaften Menses. Die zweite Entbindung erfolgte spontan im 36. J., die dritte ebenfalls spontan, bei placenta praevia lat. am normalen Ende der Schwangerschaft. Die Placenta war 24 ctm. lang und 13 ctm. breit.

No. 52 — 1890. Frau Scheffler, 27 J., V para. Erste Menses mit 13 J., 1. Geb. 20 J. normal. 2. Geb. im 8. Monat. 3. Geb. 4. Monat. Hiernach stellt sich heftige Dysmenorrhö mit verstärkten Menses ein. 4. Geb. schwer — sehr grosses Kind!! Die Patientin hat nie gestillt! In der 5. Geb. hatte sie plac. pr. lateralis. Das Kind war 9 Monat alt — die Placenta 17 × 12 ctm.

In jedem der obigen 7 Fälle sind der Schwangerschaft, welche durch placenta praevia complicirt war, erhebliche Störungen vorausgegangen. Natürlich lassen die Angaben der Frauen, welche meist in einem erschöpften Zustand hereingebracht werden, viel an Präcision zu wünschen übrig. In dem ersten der oben angeführten 7 Fälle ist chronischer Catarrh des Uterus anzunehmen, in dem zweiten hochgradige Veränderung der Uterinmucosa, bedingt durch vorausgegangene Puerperal-Entzündung, und 2 Aborte. In diesem Falle ist jedoch auch wieder eine wichtige Prädisposition in der Grösse der Placenta zu suchen. Nimmt man nach Cazeaux eine

Uteruslänge von 20 ctm. für das Ende des 5. Schwangerschaftsmonats an, und subtrahirt 5 — 7 ctm. für die Cervix, und für die Fundusdicke, so musste die 16 ctm. lange und 14 ctm. breite placenta in diesem Falle sicherlich die eine ganze Wand des Uterus eingenommen haben. Im dritten Falle weisen Dysmenorrhoe wiederholte Frühgeburten und die Paramentritis darauf hin, dass chronische Ernährungsstörungen des Uterus, placenta praevia bedingten. Im vierten Falle war eine allgemeine Erschlaffung des Uterus sowie des ganzen Körpers durch die andauernden Säftverluste der Patientin auch wieder durch eine Uterinerkrankung bedingt. Im 5. Falle waren organische Veränderungen des Uterus nach einer Gebärmutterentzündung mit darauf folgender vielleicht theilweise durch sie bedingte schwere Geburt nachzuweisen. Im 6. Fall war die unvorsichtige Entfernung der Nachgeburt, und die darauf folgenden Veränderungen der Mucosa, da die verheirathete Frau 12 Jahre steril war, erwähnt.

Im 7. Fall ist im Anschluss an einen Abortus eine Endometritis entstanden. Die darauf folgende übernormale Dehnung des Uterus bei der nächsten Geburt mag auch von Belang gewesen sein. In jedem Falle sind mehrere schwere Schädlichkeiten als aetiologisch wichtige Momente zu beschuldigen. Nicht unerwähnt möge sein, dass auch in den Fällen 42, 48 und 51 die Placenten bei ausgetragenen Kindern sehr grosse zu nennen sind, indem diese 22, 23 und 24 ctm lang waren, und mit Ausnahme der letzteren, welche nur 13 ctm breit war, auch Breiten von mehr als 20 ctm aufwiesen. Es scheint somit sicher, dass in vielen Fällen von placenta praevia, die Veränderungen des Uterus auch eine übermässige Grössenentwicklung der Placenta begünstigt. Auch in No. 23. Journal-No. 345, im Jahre 1884 wurde bei einer schwächlichen, mit Phthisis behafteten, III para, bei der Geburt eines nur 2540 gr. wiegenden, 49 cm langen Kindes, eine marginal vorliegende placenta, welche 24 cm. lang und 18 cm breit war gefunden. In diesem Falle wurde leider die Anamnese nicht aufgenommen. Auch hier muss die Placenta als sehr gross bezeichnet werden.

In zwei Fällen von Zwillingen bei *placenta praevia*, muss die *placenta* auch die wichtigste Prädisposition abgegeben haben. So in No. 33. Journal-No. 258, (1887), bei einer 26 J. III para, welche 2 mal spontan am normalen Ende der Schwangerschaft entbunden wurde und keine Anomalieen von Seiten der Genitalien aufwies. In der dritten Schwangerschaft trat Frühgeburt von Zwillingen ein. (Anfang des 8. Monats, beide Früchte 38,5 cm lang, 1340 gr schwer) Die beiden Placenten⁽¹⁾ waren übereinandergelagert und zu einer verwachsen, 24 cm lang und 18 cm breit. Berücksichtigt man die Zeit der Schwangerschaft und Grösse der Kinder, so musste die latual vorliegende *Placenta* bis zur Nähe des os internum auf jeden Fall reichen. Auch in No. 45, Journal-No. 374 (1889) wurde bei einer 26 J. II para, welche keine Anomalieen von Seiten der Genitalien darbot der Abgang von Zwillingen am 125 Tage der Schwangerschaft notirt. Es war *placenta praevia lat. dextra* vorhanden. Die Placenten waren durch die Eihäute straff verbunden, und übereinandergelagert, so dass die zwei runden Flächen derselben (die Eine 10×9 cm die andere 9×8 cm) zusammen, in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft auch das os internum überbrücken mussten.

In zwei anderen Fällen liess sich kein anderes aetiologisches Moment eruiren als etwa eine fehlerhafte Gestalt des Uterus. In No. 21, Journal-No. 124, 1884, wurde bei einer ganz gesunden, III para, *placenta praevia centralis* gefunden. Ihre Geburten waren normal verlaufen aber in beiden früheren Entbindungen war das ausgetragene Kind in Steisslage vorgelegen. Die *placenta* war 23 cm lang und 18 cm breit. Im zweiten Fall (No. 35) handelte es sich um eine 23J. II para, welche auch immer gesund gewesen war. In ihrer ersten Geburt wurde das ausgetragene, in Fusslage sich befindende Kind, todtgeboren. Zu Beginn der mit *placenta praevia lat. dextra* complicirten Schwangerschaft litt die Patientin an andauerndem Husten im Anschluss an *pleuritis sinistra*. Es erfolgte eine Früh-

(1) Siehe Tabelle der Fälle im Anhang.

geburt im 6. Monat. Die Placenta war 14 ctm. lang und 12 ctm. breit. Da sich in den Journalen keine Anhaltspunkte für die wiederholten Beckenendlagen der Kinder in obigen zwei Fällen ergab, so ist wohl an eine primäre fehlerhafte Anlage des Uterus zu denken, welche den vorliegenden Mutterkuchen mit veranlasste. Im zweiten Fall ist auch an die Wirkung der sich häufig wiederholenden Hustenstösse in der Zeit der Conception zu denken, indem das Ei dadurch nach abwärts befördert werden könnte. Auch in einem andern Falle, No. 47, Journal-No. 680, 1889, ist Husten im Anschlusse an eine Pneumonie ein wichtiges ätiologisches Moment. Die 34 J alte V para hatte ihre 4 ersten Geburten alle gut überstanden. Im Anfang des Monats December 1888 hatte sie eine schwere Pneumonie. Sie concipirte noch in demselben Monat. Bei der Geburt eines 53 ctm. langen, 3700 Gramm schweren Kindes lag die placenta links seitlich vor, und war 26 ctm. lang und 19 ctm. breit. Hier ist auch noch daran zu denken, dass die Pneumonie eine grosse Erschlaffung des Uterus hervorrief, und dass unter diesen Umständen ein Tiefertreten des Eies durch anhaltendes Husten in der Convalescenz begünstigt wurde. Auch die Grösse der Placenta konnte Antheil an dem Vorliegen des Mutterkuchens haben.

Es wurden oben die hauptsächlichsten Gesichtspunkte in der Aetiologie, welche sich auf Vielgebärende bezogen, des Näheren dargethan. In Kürze mögen noch einige Fälle bei Vielgebärenden des Näheren angeführt werden.

No. 25, 1885, Anna G., 32 J. VIII para. 8 Geburten ganz normal. Zwei Jahre nacheinander schwere Pneumonien. Es schloss sich Phthisis hieran an. Pat. litt während der ganzen Zeit der letzten durch Placenta praevia complicirten Schwangerschaft an starkem Husten. Hier ist die rasche Aufeinanderfolge der Geburten, die Schwächung des Organismus durch Phthisis und der anhaltende Husten für den fehlerhaften Sitz des Mutterkuchens verantwortlich zu machen.

No. 27. Journal-No. 252. 1886. Frau H., 35 J. XII para. P. wurde im 18. J. menstruiert. Menses in den letzten Jahren sehr stark, 5—6 Tage dauernd und alle 2 Wochen wiederkehrend. Erste Geburt sehr schwer, Kind todt geboren, ebenfalls die vierte Geburt bei Gesichtslage des Kindes schwer. Im 9. Wochenbett war die P. 12 Wochen an Puerperalfieber erkrankt. Stillte 6—7 Wochen. In der Schwangerschaft, welche mit placenta praevia einherging, litt die P. an starkem rechtseitigen Schmerz im Parametrium (Parametritis!) Am Muttermund waren zahlreiche stark secernirende Einkerbungen. Bei der Geburt eines 7 Monate alten Kindes lag die ovale, 15 ctm. lange Placenta marginal vor. Hier gab die hochgradige chronische Endometritis im Anschluss an schwere Geburten, puerperaler Endometritis und Ectropium, neben häufigen, sehr rasch sich folgenden Geburten wohl die Ursache für die placenta praevia ab.

No. 30. Journal-No. 711, 1886. Frau R., 39 J. XII para. P. war immer gesund, und gebar seit ihrem 25. J., also in 14 Jahren 12 Kinder. In den ersten 11 Niederkünften war alles regelmässig. P. stillte nur das erste Kind. Bei der Geburt eines ausgetragenen Kindes lag die Placenta in der XII. Schwangerschaft central vor. Für den fehlerhaften Sitz des Mutterkuchens muss hier den vielen sich rasch folgenden Entbindungen und zumal der mangelhaften Involution des Uterus nach wiederholtem Nichtstillen bei zunehmendem Alter der P., ein gewichtiges, ursächliches Moment zugestanden werden.

No. 31, Journal-No. 740, 1886. Frau B., 34 J., X para. P. wurde im 14. J. regelmässig vierwöchentlich menstruiert. In den letzten 5 Jahren traten die Menses viel stärker auf, und dauerten 8—9 Tage. Ihre ersten Geburten waren alle schwer. Bei der dritten musste die Wendung und Extraction gemacht werden. In der 9. starb das Kind intra partum ab. Wochenbette alle normal. Stillte stets. Für die marginal vorliegende Placenta bei der im sechsten Monat erfolgenden X. Geburt muss hier der Catarrh des Uterus im Anschluss an häufig sich wiederholende, schwere Geburten verantwortlich gemacht werden, Es mag noch erwähnt werden, dass die

P. sich durch langes Stillen (7—11 Monate) trotz wieder eingetretener Schwangerschaft sehr geschwächt hatte, und dass auch dieses einen nachhaltigen Einfluss auf die Ernährung des durch rasche und viele Geburten geschädigten Uterus gehabt haben mag.

No. 32, Journal-No. 794, 1886. Frau D., 30 J., VIII para. P. wurde im 17. J. menstruiert. Menses kehrten alle 4 Wochen in 5—6 tägiger Dauer mit starken Schmerzen wieder. P. gebar alle Jahre, so dass die Menses zwischen den einzelnen Schwangerschaften nur, selten zweimal wiederkehrten. Vor den letzten, durch placenta praevia complicirten Puerperium bestand 6 Monate lang Amenorrhö. Uterus lag retroflectirt bei der Entlassung, und andere Symptome veranlassten zur Annahme, dass Retroflectio länger bestanden habe.

Der Uterincatarrh, die Retroflection und die sehr rasche Aufeinanderfolge der Geburten gaben hier die Prädisposition zur pl. pr. marg., welche bei der im siebenten Monat erfolgten Frühgeburt gefunden wurde.

No. 34, Journal-No. 409, 2887. Frau W., 39 J. VI para. Nachdem die Frau 4 leichte Geburten durchgemacht hatte, musste in der 5. bei Schiefelage der Frucht später die Zange angelegt werden. Sie acquirirte dadurch einen starken Fluor, welcher für die placenta praviae die sich in der VI Schwangerschaft einstellte, verantwortlich ist. Das Alter der Parturiens und die vorangegangene Schiefelage sprechen für eine Gestaltsveränderung des Uterus, da das Becken normal war.

No. 38, Journal-No. 383, 1888. 38 J. XII para. In der Jugend viel krank. Mit 18 J. regelmässig menstruiert. 5te Geburt schwer, durch Forceps beendet. Seit jener Zeit Inversion der vorderen Scheide. Einmal folgte Abortus. Später bei einer Geburt starke Nachblutung. Hier waren eine Anzahl Schädigungen, welche Veränderungen des Uterus hervorbrachten die Ursache des fehlerhaften Sitzes der placenta.

No. 39, Journal-No. 628, 1888. 36 J., XI para. In diesem Falle waren die 10 vorangegangenen Geburten alle gut verlaufen. Die Patientin stand immer am ersten Tage nach der Entbindung auf. Sie stillte keines der

Kinder. Zweimal hatte die P. schwere Pneumonien durchgemacht. Diese, sowohl als auch die grosse Zahl der rasch sich folgenden Geburten, und namentlich die Subinvolution des Uterus, sind als die Ursache des seitlichen Vorliegens des Mutterkuchens bei der Geburt eines ausgetragenen Kindes in der XI Gravidität zu betrachten.

No. 40, Journal No. 668, 1888. Frau G. 37 J XI para. P. kräftig gebaut. Becken normal. Vom 14. J an regelmässig menstruiert. Von den ersten 9 Entbindungen war nur die 7. nicht normal. In dieser wurde die Wendung u Extraktion wegen Schiefelage und Vorliegens einer Hand gemacht. P. hatte hochgradigen Hängebauch. Im Anschluss an Rheumatismus entwickelte sich im 35. J. Endocarditis. Die beiden darauf folgenden Geburten waren durch placenta praevia complicirt. In der letzten unterlag die Patientin. Die Sektion ergab hochgradige Stauungsveränderungen der Abdominalorgane. Das ursächliche Moment für das beidermalige Vorkommen der Placenta praevia scheint in erster Linie in der Ernährungsstörung des Uterus durch die langdauernde Congestion gegeben zu sein. Erschlaffung dieses Organs, welche sich in der Schiefelage in der 7. Geburt ausdrückte mag auch dazu beigetragen haben.

No. 41, Journal No. 728, 1888. Therese B. 32 J. VII para. P. schlecht genährte, kleine Person. Becken ist verengt. Die 4 ersten Geburten mussten alle durch die Zange beendet werden, und die Kinder starben immer während der Operation. Darauf folgten 2 Frühgeburten im 8. Monat. P. hat nie gestillt. Die Placenta war in der im 8. Monat erfolgten Frühgeburt, der letzten durch fehlerhaften Sitz des Mutterkuchens complicirten Schwangerschaft gross, indem sie 24 cm. lang und 16 cm. breit war. Die Zangengeburt scheinen in dem obigen Fall Veränderungen des Uterus herbeigeführt zu haben, so dass zwei Frühgeburten erfolgten. Diese wiederum, und die mangelhafte Rückbildung des Uterus im Wochenbett müssten die Prädisposition für die placenta praevia abgegeben haben.

No. 44, Journal No. 251, 1889. Frau E. 38 J. X para. P. wurde im 18. Jahre menstruiert. Becken-

enge II Grades. I. Entbindung durch Forceps; gefolgt von Prolapsus uteri. Die nächsten drei Entbindungen waren leicht. Darauf folgte wieder eine schwere und es bildete sich der Vorfall des Uterus noch mehr aus. In der 6. Niederkunft musste das sich in Beckendlage befindliche Kind extrahiert werden. Die 7. Schwangerschaft wurde im dritten, die 8. im siebenten Monat unterbrochen. In der letzten präsentirte sich das Kind in II unvollkommener Fusslage und musste extrahiert werden. Dabei Vergrösserung des Prolapsus und der Inversion der vorderen Scheide. Nach dieser Geburt wurde die Kolporraphie gemacht. Bei der nächsten im Mai, 1887, erfolgenden Geburt musste das 51 cm. lange, und (ohne Gehirn) 3100 gm. schwere Kind durch Perforation und Extraction mit dem Cranioklasten entfernt werden. Seit ihrer ersten Entbindung war die P. gezwungen ein Pessarium zu tragen. Sie litt an Menorrhagie und Dismenorrhö. — Bei der zehnten Geburt, in welcher die künstliche Frühgeburt im 8. Monat eingeleitet wurde, lag die Placenta lateral vor.

In diesem Falle hatten eine grosse Zahl Unregelmässigkeiten sich eingestellt. Nicht nur hatten die Zahl und rasche Folge der schweren Geburten eine Erschlaffung der Wände und Erweiterung der Höhle des Uterus herbeigeführt, sondern es war auch eine Verlagerung desselben erfolgt. Aborte und Frühgeburten hatten eine schwere Endometritis erzeugt.

No. 46, Journal No. 483. 1889. Frau H. 32 J. VII para. P. hat einen verengten Beckenausgang. Kinder alle ohne Kunsthilfe, aber sehr asphyctisch nach lange dauernder II Periode geboren. Dass in II Steisslage befindliche 3500 gm schwere Kind wurde in der VII Geburt bei placenta praevia todt geboren. Menses waren normal. Die Frau hat nie gestillt..

In diesem Falle müssen die schweren Geburten und das Nichtstillen in erster Linie verantwortlich gemacht werden für die Placenta praevia. Es weist die Steisslage auch auf verminderten Tonus der Uterusmuskulatur hin.

No. 50, 1889, Frau Roth, 37 J. X para, eine kräftige, wohlgenährte Frau. Die Menses traten im 18. Jahre auf, und waren immer regelmässig. Hat in 13 Jahren 10 Geburten gehabt. Die dritte Geburt erfolgte im 8. Monat. Sie hat nur die ersten 5 Kinder gestillt P. litt zu Beginn der letzten, im 8 Monat unterbrochenen Schwangerschaft, welche durch placenta praevia complicirt war, an starker Bronchitis. Die 17 cm. lange, 15 cm. breite placenta lag central vor. Zur Erklärung des fehlerhaften Sitzes des Mutterkuchens würde man hier die rasche Aufeinanderfolge der Geburten, das Nichtstillen und die Bronchitis in Betracht ziehen.

No. 53, Therese Bernmüller, 44 J. XIV para. Sie hatte in 14 Jahren 12 ausgetragene Kinder und einen Abortus vor dieser Schwangerschaft mit pl. pr. Nur die 2 ersten Kinder wurden gestillt. Bei der 4. Geburt (sehr schwer, Zwillinge) entfernte die Hebeamme die Placenta durch Zug an der Nabelschnur. Die Patientin hatte sehr starke Schmerzen, fieberte und verlor viel Blut. Einen Monat darauf starke Metrorrhagie: — der Arzt entfernte ein Deciduum. Die P. hatte Hängebauch II. Grades, und Prolapse der hinteren Vaginal-Wand.

Dieser ist ein typischer Fall der Summation kleiner Insulte bei zunehmendem Alter.

No. 12, Journal No. 403. 1880. Frau W. 40 J. XV para. Es möge kurz dieser Fall erwähnt werden. Leider war noch keine eingehende Anamnese vorhanden. Es war nur erwähnt, dass die Frau 5 mal abortirt hatte und einmal placenta praevia hatte, ehe sie in der hiesigen Anstalt von einem ausgetragenen Kinde entbunden wurde. Bei dieser letzten Geburt lag die placenta wieder links seitlich vor. Hier hatte die grosse Zahl der Schwangerschaften bei dem hohen Alter der Gebärenden, und die erhebliche Zahl der Aborte, placenta praevia wiederholt verursacht.

In der ersten Zeit der Gravidität werden durch den vorliegenden Mutterkuchen keine besonderen Symptome verursacht. Die leichteren Schwangerschaftsbeschwerden stellen sich in unseren Fällen weder häufiger noch

heftiger als sonst ein. Mir fiel jedoch auf, dass in 5 aus 58 Fällen die Menses in den ersten Monaten der Schwangerschaft nicht sistirten. So wurden in den Fällen No. 4, 17, 18, und 37, Kinder geboren, welche 2 Monate älter waren als der angegebenen Zeitperiode zwischen dem Eintritt der letzten Menstruation und der Geburt entsprach. Es wird sich um eine Erhaltung der Menses bis zum 2. Monat der durch placenta praevia complicirten Schwangerschaft gehandelt haben.

In Geburt No. 41 sollte die letzte Regel am 24. VII. 1888 eingetreten sein. Am 8. VII. 1888 erfolgte die Geburt eines 42 cm. langen 2200 grm. schweren Kindes. In diesem Falle hielt die Menstruation bis zum 3. Monat der Schwangerschaft an. Jedenfalls ist es bemerkenswerth, dass in 10⁹/₉ der Fälle, die Menses nicht wie sonst mit Beginn der Schwangerschaft sistirten.

Blutungen, welche gewöhnlich ohne jede äussere Veranlassung auftreten, sind das erste und wichtigste Kennzeichen von Placenta praevia. Bezüglich der Zeit des Eintritts dieser Blutungen herrschen sehr grosse Verschiedenheiten. In 10 unserer letzten 34 Fälle, traten die ersten Blutungen schon vor der Mitte der Gravidität auf. Da gerade diese Blutungen ein gewisses Interesse beanspruchen, so möge es gestattet sein, diese Fälle des Näheren zu betrachten.

In Fall 20 trat die erste Blutung am 134. Tage der Gravidität in geringem Maasse auf, und dauerte an in täglichen Zwischenräumen bis zum 160. Tage. Sie wurde nie erheblich. Es fand Partus praecipitatus statt. Vor dem Blasensprung stand der Uterus 3 Finger breit über dem Nabel. Der Fötus war 32 cm. lang und wog 650 grm. Die Placenta war 13,5 cm. lang, 12 cm. breit und wog 250 grm.

In No. 26 trat die erste Blutung Mitte des vierten Monats auf, und zwar plötzlich ohne jede äussere Ursache. Trotz Bettruhe hielt sie beständig beinahe täglich an, bis zur Geburt eines kaum 6 Monate alten, 26 cm. langen 450 grm. schweren Fötus. Vor der Geburt stand der

Fundus in Nabelhöhe. Die Placenta lag lateral vor, und war 16 cm. lang, 14 cm breit und wog 350 grm.

In No. 25 trat bei einer marginal vorliegenden Placenta am 95. Tag der Gravidität auch ohne jede äussere Ursache eine stärkere Blutung auf, welche sich öfters trotz Bettruhe zumal Nachts wiederholte bis zu der am 140. Tag der Schwangerschaft erfolgenden Niederkunft. Bei der Geburt stand der Uterus in Nabelhöhe. Die Placenta war 14 cm. lang und 8 cm. breit.

In No. 31 trat in dem dritten Monat der Gravidität eine Blutung auf, welche 14 Tage anhielt. Im vierten wiederholte sich diese während 12 Tage. Elf Tage vor der Geburt eines 6 Monate alten Kindes trat wieder wie vorher ohne jeden äusseren Anlass eine stärkere Blutung auf, welche bis zur Geburt in geringerem Maasse anhielt. Vor dem Blasensprung stand der Fundus handbreit über dem Nabel. Die 12×13 cm. grosse Placenta wog 300 grm. und lag marginal vor.

In No. 32 trat am 85. Tag der Gravidität eine ziemlich starke Blutung auf, während die Frau in die Höhe langte um Flaschen herab zu holen. In geringem Maasse dauerte die Blutung 5 Wochen lang täglich fort. Auf Bettruhe und Hydrastis sistirte der Blutabgang nur eine Woche um dann bis zur Geburt eines 6 Monate alten Kindes anzuhalten. In der letzten Zeit waren die Blutungen einige Mal stärker, sodass an zwei sich folgenden Tagen je 260 grm. abgingen. Der Fundus stand bei der Geburt 3 Finger breit oberhalb des Nabels. Die Placenta lag seitlich vor, wog 400 grm. und hatte Durchmesser von 14 · 15 ctm.

In No. 34 trat schon vom vierten Monat der Schwangerschaft in ein- bis zweitägigen Pausen ein geringer Blutabgang auf, welcher bis zur Geburt eines ausgetragenen Kindes anhielt.

In No. 43 trat 21 Tage vor der Geburt eines $6\frac{1}{2}$ Monate alten Kindes eine mässige Blutung auf, welche sich 2 Wochen darauf in so starkem Maasse wiederholte, dass die Tamponade notwendig wurde. Die Placenta lag rechts vor, war rund, maass 14 cm. in jedem Durchmesser und wog 300 grm.

In No. 45 erfolgte 8 Tage vor der Geburt eines nicht ganz 5 Monate alten Zwillingspaares die erste Blutung ohne jeglichen äusseren Anlass und hielt bis zur Niederkunft an.

Fall 50: Am 140. Tag der Schwangerschaft trat die erste Blutung, welche so stark wie die Regel war auf und hielt 3 Tage an. Jede Woche kehrte diese Blutung, bis 8 Tage vor der Geburt eines 8 Monate alten Kindes, wieder. Da trat plötzlich beim ruhigen Gehen auf der Strasse, obgleich die Patientin an demselben Tag sehr oft bei ihrer Arbeit schwer gehoben hatte und keine Blutung erfolgt war, ein heftiger Blutabgang auf. 30 Stunden vor der Geburt des Kindes hatte sie noch eine sehr starke Blutung bei *placenta praevia centralis*.

Aus obigen Fällen ist zu ersehen, dass die Frühblutungen bei *placenta praevia* gewöhnlich ohne äussere Veranlassung auftreten, dass sie sehr häufig Nachts im Bette oder beim ruhigen Gehen beginnen und dass sie sogar monatelang in geringen Maasse anhalten können. Oftmals treten die Blutungen in beinahe regelmässigen Intervallen auf, wie in den Fällen 31 und 50. Die Art des Auftretens der Frühblutungen, das tägliche Abfliessen geringer Mengen und zumal die Thatsache, dass Frauen während des Tages die schwerste Arbeit verrichten, ohne Blutabgang zu haben, während sie Nachts im Bette oder bei körperlicher Ruhe von der Blutung überrascht werden, weist darauf hin, dass man es mit Wachstumsvorgängen der Frucht zu thun hat. Winckel¹⁾ spricht die Vermutung aus, dass diese Frühblutungen mit einer mehr oder weniger raschen Fruchtwasserabsonderung und dadurch bedingten stärkeren Spannung der ganzen Uteruswand und Verschiebung und Lösung einzelner Placentatheile zusammenhängen kann. Um in dieser Beziehung die hiesigen Fälle zu verwerthen konnte man hoffen einigen Aufschluss zu erhalten, indem man die Ausdehnung des Uterustumors verglich mit dem normalen Befunde in derselben Zeit der Schwangerschaft. Nun fand ich, dass der

¹⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe p. 307.

Fundus in der That in jedem Falle 6 und mehr cm. höher stand, als der Schwangerschaftszeit entsprach, dass also bei Frühblutungen immer ein erheblicher Grad von Hydramnion vorhanden ist. In Fall 20 stand der Fundus uteri bei der Schwangerschaft in der Mitte des 6. Monats, drei Finger breit oberhalb des Nabels; in No. 26 stand bei der Geburt eines 5½ Monate alten Fötus der Fundus in Nabelhöhe. In No. 28 stand der Fundus ebenfalls in Nabelhöhe während der Fötus nur 140 Tage alt war. In Fall No. 31 stand der Uterus zu Beginn des siebenten Monats schon handbreit über dem Nabel während er sonst nur 2 cm. oberhalb desselben sich befindet. Bei der Geburt eines 33 cm. langen 800 grm. schweren Fötus (No. 32), welcher der zweiten Hälfte des sechsten Monats entsprach war der Uterus 3 Finger breit oberhalb des Nabels, während er normalerweise um diese Zeit noch nicht den Nabel erreicht. Ebenso fand ich in No. 35 (1887), dass bei einer 6½ Monate alten Frucht der Fundus 2 cm. oberhalb des Nabels war.

Dieser Höhestand des Fundus bei Frühblutungen ist auch deshalb so bedeutsam, weil die stärkere Entwicklung des Uterus in seinem unteren Drittel schon sehr früh, eine mehr in die Breite gezogene, mehr spärliche Form bedingt, und die normale Birnform nie zur Ausbildung gelangt. Deshalb findet man, wie L. Müller hervorhebt, in den gewöhnlichen Fällen von *placenta praevia* mit Spätblutungen einen ungewöhnlichen Tiefstand des Fundus uteri. —

In diesen Fällen kann ausserdem noch in Betracht gezogen werden, dass die Placenten über normal gross waren. Da die Grösse der Placenta im Verhältniss steht zur Grösse der Fruchtwasserabsonderung sollte in Zukunft auf diese Verhältnisse geachtet werden und die Mengen des Fruchtwassers genau bestimmt werden.

Eine Erklärung der Frühblutungen bei *placenta praevia* ist jedoch durch den Nachweis von Hydramnion in diesen Fällen noch nicht erbracht. Man kann sich die Wirkung einer grossen Menge Fruchtwassers etwa in folgender Weise denken: Der Uterus, welcher sich

bis zu Beginn des vierten Monats activ vergrössert hatte, wird nun passiv gedehnt, und zwar um so mehr und um so plötzlicher, je mehr Fruchtwasser vorhanden ist. Hierdurch wird ein abnorm hoher Inhaltsdruck erzeugt, welcher jene Stelle am meisten trifft, die den geringsten Widerstand leistet, also die succulente elastische Insertionsstelle der Placenta. Für gewöhnlich findet die in den mittleren Partieen des Uterus befindliche normal inserirte Placenta deshalb auch nur den Widerstand der Intestina, kann also jeder Dehnung Folge leisten. Befindet sich dagegen die Placenta am Os internum, so findet jedwede Dehnung energischen Widerstand, da sowohl die Umschlagsstelle des Peritoneums, die Ligg. sacrouterina, und das parametrane Gewebe einen Zug von aussen ausüben. Diese Fixation des unteren Uterustheiles kann noch erhöht werden durch para- und perimetritische Stränge. Ob auch die cirkuläre Muskelfaserschicht, welche den Muttermund umgiebt, eine Rolle spielt, müsste einer genauen anatomischen Untersuchung überlassen werden. Jedenfalls befinden sich in der äusseren Umgebung der Insertionsstelle der Placenta eine Anzahl Gebilde, die einer abnormen Dehnung wie sie durch grosse Mengen Fruchtwassers gegeben ist, durch Zerrung und Abhebung von Placentar cotyledonen antworten würden. Viele nehmen auch an, dass in diesen Fällen die Placenta selbst verringerte Elastizität aufweist, durch entzündliche Veränderung. Dieses würde gemäss den oben angeführten Verhältnissen, noch eher zur Blutung führen. Jedenfalls scheint mir obige Erklärung annehmbarer als jene Jacquemiers¹⁾ (1848) welcher hervorhob, dass in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft nur der obere Theil des Uterus sich mehr entwickelt, was durch eine Birnform bewiesen werden soll. Da nun die placenta sich in normalen Fällen im oberen, sich mehr entwickelnden Theile befindet, und etwa im 7. Monat völlig gebildet ist, so hält das Uterin- und Placentawachstum gleichen Schritt, und es erfolgt keine Blutung. Dagegen soll nach Jacquemier in den letzten Monaten der Schwanger-

¹⁾ Jacquemier, Manuel des accouchements, 1848, t II. p. 327.

schaft der untere Uterustheil sich mehr entwickeln, die placenta dagegen, da sie schon völlig gebildet sei, sich dem wachsenden Theile nicht anbequemen können. Dieses sollte zur Blutung führen.

Depaul¹⁾ nahm diese Theorie wieder auf und hob noch speciell hervor, dass das Wachstum im unteren Uterintheile sehr unregelmässig sei. Die vordere Wand solle sich viel mehr als die hintere ausbilden, und die Seiten bedeutende Verschiedenheiten in der Entwicklung aufweisen. „Si la région antérieure, le plus souvent, prend une amplitude considérable, n'oublions pas que les parties latérales et postérieures participent à ces changements. Si, au contraire, le placenta est venu se greffer sur le segment inférieur, presque entièrement constitué par cette partie de l'utérus qui participera à l'amplitude générale de l'organe, il ne pourra suivre le développement des parois; de là, separation entre le tissu placentaire et le tissu utérin, rupture des vaisseaux utéro-placentaires et hémorrhagie.“

Pinard (1886) verwarf die von Jacquimier und Depaul angenommene Wachstumsverschiedenheiten der unteren Uterintheile und der Placenta und dachte sich das Zustandekommen der Blutungen in folgender Weise.²⁾

„Le chorion est très solidement adhérent au placenta; lorsque l'insertion se fait dans le segment supérieur ou dans le segment moyen, la portion des membranes qui correspond à l'orifice utérin est assez éloignée du placenta en sorte que s'il se produit des tiraillements eu ce point, ils se repartissent sur une grande étendue des membranes. Tandis que, s'il y a insertion vicieuse, la portion des membranes qui s'étend de l'orifice utérin au placenta n'a que quelques centimetres de longueur, alors il peut arriver deux choses ou la pression intra amniotique triomphe des membranes et celles-ci se rompent; ou le chorion étant très résistant, ne se

¹⁾ Depaul, Leçon de clinique obstétricale. Paris 1872 bis 76 p. 648.

²⁾ Citirt n. Dylion a. a. O. p. 57.

déchire pas, et comme il est fortement adhérent au placenta, il entraîne celui-ci et par conséquent le décolle.“

Auf diese Annahme hin richtet sich seine ganze Therapie, d. h. er sprengt die Blase und überlässt die Geburt der Natur.

In England nahm man zuerst mit Barnes an, dass die Placenta auf die Cervicalregion überwachse, ohne dass die Zotten sich anheften konnten, wodurch Blutungen entstanden. Matthews Duncan (1873) nahm an, dass die Blutung rein mechanisch entstehe, durch die Umwandlung des Kugelsegments (das untere Uterinsegment) in ein cylinderisches Segment. Hieraus resultirte Ablösung der Cotyledonen. Diese Theorie jedoch erklärt die Blutungen während der Schwangerschaft nicht.

In Deutschland nimmt man mit Bayer als die Ursache der Blutungen in den drei letzten Schwangerschaftsmonaten, die Bildung des unteren Uterussegments aus dem supravaginalen Theile der Cervix an. Bleibt die Cervix intact, was nicht so selten vorkommt, dann kann man sogar eine pl. pr. centralis haben, ohne jedwede Blutung bis zur Eröffnungsperiode. (Fall No. 25.) Ausser den vorher erwähnten 10 Fällen aus 32, wo die Blutung schon vor dem 6. Monat auftraten, waren noch 2 Fälle, in welchen die ersten Blutungen zu Beginn des 6. Monats sich einstellten. — No. 52 (174 Tag) — No. 53 — (175 Tag) — In 7 Fällen trat die erste Blutung im 7. Schwangerschaftsmonat ein. (No. 24, 27, 33, 36, 37, 40 42), — und in No. 21, 30 und 49 im achten. Dagegen im 9. Monat nur in Fall No. 48, während in 3 weiteren Fällen die Blutung sich 2 Tage (No. 47), 12 Stunden (No. 22) und 1 Stunde (No. 41) vor Wehenbeginn einstellte. In 6 weiteren Fällen trat die erste Blutung in der Eröffnungsperiode auf. (No. 23, 25, 29, 38, 39 und 46.) Um die Verhältnisse des Eintritts der ersten Blutung bei den 3 Arten der Vorlagerung und zugleich auch den Geburtseintritt besser übersehen zu können möge folgende Tabelle beigefügt werden.

Plac. pr. marginalis.	Pl. pr. lateralis.	Pl. pr. centralis.
No. 24. 208 Tg. ¹⁾ (210) ²⁾	No. 20. 134 ¹⁾ (171)	No. 21. 235 (270)
No. 27. 5¼ h. vor Geburt (212)	No. 22. 12 h. vor Wehen (260)	No. 25. In I Periode (ausgetr.)
No. 28. 95 Tg. (140)	No. 23. in erster Periode (263)	No. 30. 249 (ausgetr.)
No. 29. Eröffnungsperiod. (260)	No. 26. 103 (151)	No. 42. 2 Mon. v. Geb. (")
No. 31. 75 u. 115 Tg. (174)	No. 32. 95 (180)	No. 48. 255 (297)
No. 36. (?) (200)	No. 33. 194 (206)	No. 50. 136 (222)
	No. 34. Im 4. Monat (283)	
	No. 35. 26 h. vor Geburt (155)	
	No. 37. 209 (252)	
	No. 38. In I Periode (ausgetr.)	
	No. 39. " (")	
	No. 40. 192 (200)	
	No. 41. 1 h. vor Wehen (ausgetr.)	
	No. 43. 168 (179)	
	No. 44. 250 (252)	
	No. 45. 8 Tage v. Geburt (V. Monat)	
	No. 46. In I Periode (ausgetr.)	
	No. 47. 2 Tage v. Wehen (")	
	No. 49. 16 Tage v. Wehen (258)	
	No. 52. 174 (224)	
	No. 53. 175 (ausgetr.)	
	No. 51. ? (ausgetr.)	

¹⁾ Berechneter Tag des Eintritts der ersten Blutung.

²⁾ Die Zahlen in Parenthese deuten die berechnete Dauer der Schwangerschaft an.

Es möge noch bemerkt werden, dass nur im Fall No. 32 (aus 34 Fällen) die erste Blutung auf ein Frauma das Herunterlangen von Flaschen, bezogen werden konnte. Diese Blutung stellte sich am Ende des 4. Monats ein.

In Fall 24, eine 19 J. I para mit Pl. pr. marginalis trat der Tod der 7 Monate alten Frucht etwa 8 Tage vor der Geburt ein. Infolge eines Schrecks cessirten die Kindsbewegungen und man konnte auch die kindlichen Herztöne nicht mehr hören. Sechs Tage darauf, und zwar 20 Stunden vor Beginn der Wehen tritt eine nicht sehr erhebliche Blutung auf. Die Patientin wurde tamponirt und in der Eröffnungsperiode trat nur ein sehr geringer Blutabgang ein. Das Kind wurde in stark macerirtem Zustande geboren. Dieser Fall ist nicht uninteressant, da die geringe Blutung hier gewiss mit dem Tode der Frucht in Zusammenhang steht. Simpson und Moreau, welche noch annahmen, dass die Blutgefäße des Kindes direct mit den mütterlichen communicirten, sprachen „d'un puissance attractive ou aspiratrice du foetus vivant sur les vaisseaux maternels du placenta!“¹⁾ Moreau stellte daher den Satz auf: „le foetus mort, l'hémorrhagie cesse, dans les cas de placenta praevia“. Wenn auch nicht verneint werden kann, dass der Tod der Frucht bedeutende Veränderungen in der Cirkulation verursacht, so ist obige Annahme doch nur in sehr beschränkter Weise zu acceptiren, da Pandele aus der Literatur 21 Fälle sammeln konnte, in welchen trotz sicher constatirtem Tode der Frucht, in der Schwangerschaft und bei der Geburt erhebliche Blutung auftrat. In unserem Fall 40, wurde bei einer XI para, welche auch bei der X Geburt placenta praevia gehabt hatte, eine im II Grade macerirte 7 Monat alte Frucht geboren, und doch hatte sich 8 Tage vor Eintritt der Wehen, und während Geburt eine so erhebliche Blutung eingestellt, dass nicht einmal die straffe Tamponade genügte, um die Blutung vollständig zu beherrschen.

¹⁾ De l'hémorrhagie dans les cas de placenta praevia lorsque le foetus est mort et macéré. Stefan Pandele, Paris 1889 p. 35.

In unseren 34 Fällen trat in 38,3% die rechtzeitige Geburt ein, ein %Satz, welcher demjenigen Lomers¹⁾ 40% sehr nahe steht. Vorzeitige Geburt trat in 23,4% der Fälle ein, während in 38,3% frühzeitige Geburten notirt wurden. Genauer verteilten sich die Geburten auf die verschiedenen Monate wie folgt:

	4—6 Monat	6—7 Monat	7—8 Monat	8—9 Monat	9—10 Monat	10 Monat
Bei pl. pr. marginalis	1.	1.	3.	—	1.	—
„ „ „ lateralis	3.	3.	2.	1.	5.	8.
„ „ „ centralis	—	—	—	1.	1.	4.

Mit auffallender Deutlichkeit geht aus dieser Tabelle hervor, dass die central implantirte Placenta, obgleich Blutungen relativ früh bei ihr auftreten, doch nur selten zur frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führt, während gerade das Gegentheil von lateralen und zumal von marginalen Fällen behauptet werden kann. Lorenz²⁾ hat aus der Schröderschen Klinik 42 typische Centralfälle gesammelt und in 71% davon normale Dauer der Schwangerschaft constatiren können. Er führt an, dass die Schwangerschaft auffallend lang dauert und Früchte bis zu 4500 grm. geboren wurden. In unserem Fall No. 48, wurde bei centraler Placenta, nach 297 tägiger Dauer der Schwangerschaft ein 56 cm. langes, 4525 grm. schweres Kind geboren. Lorenz fand in über 100 lateral Fällen nur 40% ausgetragene Früchte was wieder mit unseren sehr genau stimmt, da wir bei diesen 37% ausgetragene Kinder hatten. Jedenfalls scheint diese Thatsache noch nicht in den Lehrbüchern angeführt zu werden, da man sich auf die ältere wenig zuverlässige Statistik von Müller beruft. Dieser Autor nimmt jedoch im Durchschnitt über 50% aller Fälle als central vorliegend an, während wir in Uebereinstimmung mit Lomer nur 16% fanden. Vermöge ihres centralen Sitzes, ihrer runden Form und erheblichen Grösse stellt die pl. pr. centrales allen dehnenden Kräften von jeder

¹⁾ Lomer. Amerk. J. of obstetr. 1884 p. 1251.

²⁾ Lorenz Dauer der Schwangerschaft bei pl. pr. centr. In Dissert. Berlin 1885.

Stelle einen annähernd gleichen Widerstand entgegen. Es kommt nicht zur Entfaltung des supravaginalen Theiles und die Schwangerschaft zieht sich in die Länge. Ein solcher Gleichgewichtszustand hat aber nicht bei der lateralis, noch weniger bei der marginalis, statt, die dehnenden Kräfte kommen von Anfang an zur Geltung, und wir finden daher bei diesen die Schwangerschaft früher unterbrochen.

Auch schien es nicht uninteressant zu erfahren ob die Dauer der Schwangerschaft, bei Erst-, Mehr- und Vielgebärenden, variierte bezüglich der Art der Vorlagerung. Demgemäss stellte ich die 145 Fälle der Maternité, über welche Dr. Auvard berichtet, und unsere 53 zusammen, und fand eine Durchschnittsdauer der Schwangerschaft:

I. Bei Erstgebärenden.

Maternité (145). München (53.)		
a) bei pl. pr. marginalis	7 ³ / ₄ Monat.	8 (n. 2 F.)
b) bei pl. pr. lateralis	8 „	7 ³ / ₄
c) bei pl. pr. centralis	8 „	—

II. Bei Mehrgebärenden.

a) bei pl. pr. marginalis	7 ³ / ₄ Monat	6 ¹ / ₄
b) bei pl. pr. lateralis	8 ¹ / ₄ „	8 ¹ / ₂
c) bei pl. pr. centralis	8 ¹ / ₄ „	9 ¹ / ₂

III. Bei Vielgebärenden.

a) bei pl. pr. marginalis	8 Monat.	6 ¹ / ₂
b) bei pl. pr. lateralis	8 ¹ / ₃ „	8 ⁵ / ₆
c) bei pl. pr. centralis	8 ³ / ₄ „	9 ¹ / ₂

Aus dieser Tabelle geht erstens zur Evidenz hervor, dass die Schwangerschaft am frühesten bei Erstgebärenden unterbrochen wird, während Vielgebärende sich durch eine relativ lange Dauer derselben auszeichnen. Zweitens ist aber von Bedeutung, dass bei pl. pr. marginalis die Geburt frühzeitiger eintritt als bei pl. pr. lateralis, und dass im Gegensatz zu der allgemein herrschenden Ansicht die relativ längste Dauer bei der centralen Art gefunden wird.

Uebt der vorliegende Mutterkuchen einen Einfluss aus auf die Lage des Kindes? Gewöhnlich findet man in den Monographien etwa die folgenden Zusammenstellungen:

Charpentier (1148 Fälle)¹⁾:

66⁰/₀ Kopflagen 9⁰/₀ Beckenendlagen 24⁰/₀ Schieflagen.

L. Müller (1082 Fälle)²⁾:

65,1⁰/₀ Kopflagen 9,9⁰/₀ Beckenendlagen 25⁰/₀ Schieflagen.

King (240 Fälle)³⁾:

87⁰/₀ Kopflagen 5⁰/₀ Beckenendlagen 6⁰/₀ Schieflagen.

Lomer (126 Fälle)⁴⁾:

51⁰/₀ Kopflagen 9⁰/₀ Beckenendlagen 32⁰/₀ Schieflagen.

Unsere Fälle (302 Fälle):

66,7⁰/₀ Kopflagen 14,3⁰/₀ Beckenendlagen 24⁰/₀ Schieflagen.

Winckel (37 Fälle)⁵⁾:

79⁰/₀ Kopflage 9⁰/₀ Beckenendlagen 12⁰/₀ Schieflagen.

Jedenfalls war man aus diesen Zusammenstellungen nicht berechtigt allgemeine Schlüsse über den Einfluss der pl. praevia auf die Lage zu ziehen, da man nicht näher einging auf die Aetiologie der Lagen: z. B. das häufige Vorkommen von Vielgebärenden, und die noch häufigeren vor- und frühzeitigen Geburten nicht berücksichtigte. Um diese Frage etwas genauer zu erörtern, war es nötig, eine grössere Anzahl Fälle nach ätiologischen Gesichtspunkten zu ordnen. Aus der mir zugänglichen Literatur stellte ich daher 302 Fälle zusammen und verglich die Lagen mit den weiter unten anzuführenden Zahlen, welche Winckel für vor- und frühzeitige Geburten, und für Mehr- und Vielgebärende angiebt.

¹⁾ Charpentier, Traité d'Accouchement.

²⁾ L. Müller, l. c. p. 172.

³⁾ King, Statistics of Indiana. Am. J. of Obstetr. XII. p. 762.

⁴⁾ Lomer, Amer. J. of Obstetr. Dec. 1884. p. 1250.

⁵⁾ Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. p. 308.

	Im 5. Monat.	Im 6. und 7. Monat.	Im 8. und 9. Monat.	Im 10. Monat und reif.
I parae				
Kopflagen	1	3	18	9= 31=79,4 ⁰ / ₀
Beckenendlagen	1	2	1	—= 4=10,3 ⁰ / ₀
Schief lagen	0	3	1	—= 4=10,3 ⁰ / ₀
II—V parae				
Kopflagen	5	9	44	41= 99=70,2 ⁰ / ₀
Beckenendlagen	2	4	8	4= 18=12,8 ⁰ / ₀
Schief lagen	0	1	15	8= 24=17,0 ⁰ / ₀
VI—XIX parae				
Kopflagen	1	7	32	31= 71=58,2 ⁰ / ₀
Beckenendlagen	1	3	15	3= 22=23,8 ⁰ / ₀
Schief lagen	1	1	14	13= 29=18,0 ⁰ / ₀
Zusammen				
Kopflagen	7	19	94	81=201=66,7 ⁰ / ₀
Beckenendlagen	4	9	24	7= 44=14,3 ⁰ / ₀
Schief lagen	1	5	30	21= 37=19,0 ⁰ / ₀

Winckel ¹⁾ fand

im 5 Monat	5 Beckenendl.	auf 4 Schädell.	=55 ⁰ / ₀
" 6—7	" 8	" 17	" =32 ⁰ / ₀
" 8—9	" 6	" 73	" = 7,7 ⁰ / ₀
" 10	" 9	" 203	" = 4,3 ⁰ / ₀
" reifen	" 27	" 1681	" = 1,6 ⁰ / ₀
Bei reifen Früchten	I. p. 1	Beckenentl.	80 Schädellagen.
" " "	Pl p. 1	"	75 "
" " "	Mltb. 1	"	23 "

Was zunächst die Beckenendlagen betrifft, so sehen wir, dass der vorliegende Mutterkuchen auf die Lagen im 5ten, 6ten und 7ten Monat, weder bei Erst- noch Oeftergebärenden irgend einen Einfluss ausübte.

Man wird deshalb zur Erklärung der Lage nur die sonst geltenden ätiologischen Momente heranziehen. Im 8ten und 9ten Monat findet man im allgemeinen 16⁰/₀ Beckenendlagen bei placenta praevia, gegen 7,7⁰/₀ bei allen

¹⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe. p. 160.

Geburten aus dieser Zeit. Jedoch sieht man weiter, dass bei I pa. 5⁰/₁₀₀, plp. 12⁰/₁₀₀ und mltp. 25⁰/₁₀₀ gefunden werden. Das bestimmende ätiologische Moment ist deshalb nicht in der placenta selbst zu suchen, sondern wie die sehr grosse Zahl der Fuss- und Steisslagen bei Vielgebärenden beweist, in der Beschaffenheit der Uteruswände. In zweiter Linie ist es die Kleinheit der Früchte, welche für die Lage verantwortlich gemacht werden muss, da man bei reifen oder nahezu reifen Kindern und placenta praevia nach unserer Tabelle nur 6⁰/₁₀₀ Beckenendlagen findet, gegen 4,5⁰/₁₀₀ nach Winckel, bei Geburten im Allgemeinen. Erst in dritter Linie kommt in Betracht, dass die Placenta, durch ihre Insertion im unteren Drittel des Uterus, eine veränderte Form desselben erzeugt, aber doch nur in solchen Fällen, wo die Wände sehr leicht eine andere Form annehmen. Man wird also nicht fehl gehen zu behaupten, dass sowohl placenta praevia, als auch die Beckenendlagen auf die gleichen causalen, aetiologischen Momente zurückzuführen sind.

Etwas anders muss die Frage beantwortet werden bezüglich der Schieflagen, da es sich hier nicht so sehr um eine primäre Lage handelt, als vielmehr um eine Umwandlung einer Geradlage durch die eintretenden Geburtsvorgänge. Die Form und Beschaffenheit des Uterus spielt insofern auch eine bedeutsame Rolle als nach unserer Tabelle in den letzten 3 Monaten, Mehr- und Vielgebärende in steigendem Maasse Schieflagen aufwiesen. In einer Weise unterscheiden sich die Schieflagen jedoch von den Beckenendlagen: Erstere werden nämlich ebenso häufig bei nahezu reifen Früchten angetroffen als im 7ten und 8ten Monat. Eine irgendwie erhebliche Prädisposition zur Schieflage geht deshalb nicht von der Beschaffenheit der Frucht aus. Es bleibt deshalb neben der Gestalt, der Lage und des Tonus der Uterusmuskulatur, nur noch die placenta selbst als Hauptursache der Schieflagen übrig. Die placenta wirkt als Geburtshinderniss, veranlasst also das Abgleiten vom unteren Ende des Uterus. Welchen Einfluss im allgemeinen placenta praevia auf das Zustandekommen der Schieflagen

ausübt, geht schon aus der Angabe Winckels ¹⁾ hervor, dass er in etwa 10% einer grösseren Zusammenstellung von Schieflagen, placenta praevia als Ursache angegeben fand. Unter den weiter oben angeführten 2935 Fällen von placenta praevia waren 701 Schieflagen, zieht man nun die Zahl der vor- und frühzeitigen Geburten in Betracht, und berechnet für diese nach Veits Angaben 4,8% resp. 3,5% Schieflagen, und für die rechtzeitigen nach Winckel etwa 0,8%, so würde sich herausstellen, dass bei placenta praevia Schieflagen 9 mal öfter als sonst vorkommen. Simpson kam durch die Annahme, dass nur 1 Querlage unter 21 Fällen gefunden wurde, etwa auf die gleiche Zahl, jedoch stimmte seine Rechnung nur in der erzählten Zahl d. h. 10 mal so häufig, da seine Voraussetzung, Schieflagen kämen nur in 4,8% aller Fälle von placenta praevia vor, eine irrige war, und er auch die häufigeren Schieflagen bei vor- und frühzeitigen Geburten nicht in Rechnung gezogen hatte.

Zum Schlusse möge noch hervorgehoben werden, dass aus 28 Schädellagen in unseren Fällen aus den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft, 15 II Schädellagen waren, und dass wir eine Gesichtslage und eine Vorderscheitelstellung fanden. Es war nicht möglich, eine Erklärung für die auffallende Häufigkeit der II S. L. zu finden, da dieselbe sowohl bei links- als rechtsseitiger Vorlagerung der Placenta gefunden wurde. In keinem der hiesigen 34 Fälle wurde die früher so oft constatirte Rigidität des Muttermundes beobachtet. Nur einmal wurde Vorfall kleiner Theile notirt. In 53 Fällen fand 3 mal Vorfall der Nabelschnur statt.

Da die Therapie der hiesigen Fälle von berufener Seite eine eingehende Bearbeitung erfahren soll, werde ich der Vollständigkeit halber nur die wichtigsten Angaben folgen lassen. Die ersten 19 Fälle dieser Arbeit wurden nach den bekannten Principien des Herrn Geheimraths v. Hecker behandelt. Unter diesen waren 3 spontan vorlaufen. In 15 wurde die Wendung und Extraction gemacht.

¹⁾ Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. p. 399.

19 Mütter.

Mortalität	4=21%
Morbilität (schwere Fälle)	5=26%

19 Kinder.

Lebend geboren	12
totd geboren	7
bald gestorben	7
es blieben am Leben	5 (2 davon 8 Monats Kinder).

Auf eine sehr wichtige Sache möge hier noch hingewiesen werden. Unter den obigen 19 Fällen waren 6 in denen die manuelle Lösung der placenta gemacht wurde. Bemerkenswerth ist nun, dass in den darauf folgenden Wochenbetten in fast jedem Falle schwere Störungen folgten. In zwei folgte länger dauerndes Puerperalfieber, in einem eine tödtliche peritonitis von einer kleinen Uterusruptur ausgehend. In zwei weiteren Fällen sehr schwere Nachblutungen während in dem letzten Fall nur eine nicht sehr beträchtliche Metrorrhagie im Wochenbette auftrat. Die erwähnten 4 Todesfälle waren drei mal durch Infection verursacht, einmal durch Verblutung. 5 mal traten schwere Puerperalfieber in dem Wochenbette auf (3 mal die lymphatische, und 2 mal die metrophlebotische Form). In einem dieser Fälle kam es zur Ausbildung einer Parotitis pyaemica, in zweien zur Perimetritis.

Die nun folgenden Zahlen betreffen die Resultate, welche in der Klinik seit 1884 erzielt worden sind. Es ist nur billig anzuführen, dass die vorher erwähnte Zusammenstellung, welche die Therapie der Klinik und Poliklinik wiedergeben wird, eine weit bessere Prognose für Mutter und Kind aufweisen wird. Alle die tödtlich verlaufenen Fälle unserer Casuistik waren der Klinik überwiesen worden, da in München die Verordnung besteht, dass die schwersten Fälle sofort der Anstalt zugeführt werden sollen. Ich brauche mich deshalb nicht näher in eine Kritik der Fälle einzulassen, und werde nur die blossen Thatsachen anführen.

Es wurden behandelt von 1884 bis 1890:

34 Mütter.

Mortalität 7=20%

Morbilität 4=4%

36 Kinder (2 mal Zwillinge)

vor der Geburt abgestorben 11

intra partum abgestorben 14

lebend geboren 11

davon nicht lebensfähig 6

es blieben am Leben gesund,

entlassen nach 2 Wochen 4

6 Fälle placenta previa marginalis.

6 Mütter.

Mortalität 0

Morbilität 0

6 Kinder.

vor der Geburt abgestorben 2 (macerirt).

lebend geboren 3 (alle nicht lebensfähig).

intra partum abgestorben 1 (nicht lebensfähig).

22 Fälle placenta praevia lateralis (24 Kinder).

22 Mütter.

Mortalität 2=9%

Morbilität 4=18%

24 Kinder.

vor der Geburt abgestorb. 8

intra partum abgestorben¹⁾ 10 (davon lebensfähig 8).

lebend geboren 6 (davon 3 nicht lebensfähig).

gesund und kräftig, nach

Hause entlassen 2 (lebensfähig).

6 Fälle placenta praevia centralis.

6 Mütter.

Mortalität 4=66%

Morbilität 0=0%

¹⁾ Kinder welche nur schwache Lebenszeichen zeigten und kurz darauf starben wurden als todt geboren in die Tabelle aufgenommen.

6 Kinder.

vor der Geburt abgestorben	1 (macerirt).
gesund und kräftig, nach Hause entlassen	2 (lebensfähig).
intra partum abgestorben	3 (lebensfähig).

In diesen 34 Fällen verlief die Geburt völlig spontan fünfmal. (No. 27, 28, 36, 20, 46.) Es handelte sich immer um sehr kleine Früchte, d. h. von 5—7 Monat. Alle Mütter blieben gesund. Einmal wurde bei einer 6 Monats-Frucht die combinirte Wendung ausgeführt, Mutter gesund. (No. 32). Einmal war der Mm. so weit vorbereitet, dass man zur Inneren Wendung und Extraction schreiten konnte. (No. 52). Die Mutter hatte am ersten Tag nach der Endbindung 39,4⁰/₀. Es erfolgte rascher Temperaturabfall und vom nächsten Tage an verblieb alles normal. Das Kind lebte nur ¹/₄ Stunde. Es war 8 Monate alt.

27 mal wurde tamponirt: 12 dieser Fälle verliefen völlig spontan; in 2 weiteren wurde am Beckenende extrahirt, und einmal der Kopf nach Winckel exprimirt; in den übrigen 9 Fällen wurde die Innere Wendung und Extraction nöthig.

Resultate. (18 Fälle).

A. Tamponade und spontane Geburt inclus. 3 leichte Extractionen am Beckenende. (marg. No. 24, 29, 31; lateralis No. 22, 26, 33, 35, 37, 38, 39. 40, 43, 44, 46, 49 und 51; centralis No. 21 und 50.

18 Mütter.

Mortalität 4 (No. 37, 40, 50, 51).

Morbilität 3

19 Kinder. (7 vorher abgestorben).

lebend geboren 5

am Leben bleibt 1 (IX Monat No. 49).

(9 Fälle).

B. Tamponade gefolgt von der inneren Wendung und der Extraction. (lateralis No. 23, 34, 41, 47, 53; centralis No. 25, 30, 42, 48.)

9 Mütter.

Mortalität 3

Morbilität 0

9 Kinder. (alle nahezu ausgetragen).

vorher abgestorben 1

lebend geboren 4

am Leben bleiben 3

Zuerst sollen die 34 Fälle aus den letzten 6 Jahren,
dann die 19 Fälle aus der früheren Zeit in tabellarischer
Uebersicht folgen.

Placenta praevia marginalis.

Winckel'sche Fälle.

Name? Alter. para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 24. Journ.-No. 545 1885 19 J. I para.	7	gering 5 Tage vor Geburt.	Pl. 14×16. — Becken verengt. II Vorderscheitellage. Kind 1 Woche vor Geburt abgestorben. I Periode 27 h. 50', II 15'; III 30'; Tamponade. Placenta durch Credé. Blutg. bei Austossung der Placenta 220 gm.	völlig norm.	Knabe 37 ctm. 1300 gm. macerirt.
No. 27. Journ.-No. 252. 1886. 35 J. XII para.	6½	gering 1 h. nach Wehenbeginn	Kind in I S. L. Wehen intensiv. Geb. ganz spontan. I Per. 6¼ h. II 5'. III 30'. Placenta 14×15 ctm. spontan; dabei 350 gm. Blut.	völlig norm.	Mädchen 41:1400 gm. lebte 2 Tg. † Inanition
No. 28. Journ.-No. 268. 1886. 25 J. II para.	5	ziemlich viel	Kind in Kopflage. Kind spontan im vollstd. Amnion u. Theil des Chorions geboren. Credé 3 Std. 45' p. p. dabei 800 gm. Blt. Placenta 8×14	völlig norm.	Knabe 27. 500 gm. intra part. †
No. 29. Journ.-No. 384. 1886. 24 J. I para.	9½	Viel Blutung b. Eintritt der Wehen.	Kind in II S. L. Wehen zuerst wenig kräftig, best. Blutabgang bis Tamponade. I Per. 16 h. 45', II 5'. III 5'. Tampons u. Kind	völlig norm.	Mädchen 50 ctm. 2850 gm. macerirt.

Alter? Name para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für	
Mutter		Kind			
			plötzlich ausgestossen. Placenta 16×17 durch Credé. Dabei 950 grm. Blut.		(Herztöne waren bei der Aufnahme nicht gehört worden.)
No. 31. Journ.-No. 740. 1886. 24 J. X para.	6 ¹ / ₄	ziemlich viel	Kind in II S. L. Wegen Blutung in I Periode Tamponade wiederholt ausgeführt. Mit Tampons und spontaner Geburt des Kindes 300 grm. Blutverlust. I Per. 14 h. — II ganz kurz. Kind im Amnion geboren. III Credé nach 15'; dabei 250 grm. Blut.	völlig norm.	Knabe 37 ctm. 1150. lebt nur 1/2 Stunde.
No. 36. Journ.-No. 97. 1888. 25 J. IV para.	7 ¹ / ₄	gering. 200 grm. während der Geburt.	Kind in I S. L. Pat. hatte beim Eintritt in die Anstalt 39.4° Geburt spontan. I Period. 23 h. 40'. II 5' III 2 h. Placenta 11×15 d. Credé.	P. litt an ein. Exacerbation einer alten Parametritis N. d. 3 Tg. k. Fieb. m. H. in d. Schw. m. gl. Attacken	Knabe 38 ctm. 1250 grm. lebend geb. † n. 12 h.

X

Placenta praevia lateralis.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 20. Journ.-No. 105. 1884. 24 J. II para.	6 1/4	nicht sehr viel	I S. L. Als Pat. v. dem Closet auf- stand, fiel der Fötus zu Boden. I u. II Periode 4 h. 45' III 1 h. 20' spontan. Plac. 13.5×12.	völlig normal	Mädchen 32 ctm. 650gr asphyctisch nicht wieder belebt
No. 22. Journ.-No. 174. 1884. 29 J. IV para.	10	12 h. vor Wehen Beg. erste Bltg.	II S. L. 2× Colpeurynter dann Tampo- nade d. 6 Tampons. Geburt spontan nur 270 grm. Bltg. Verlust in I Periode von 12 h. II Per. 15', III Per. 2 h. 20'. Placenta durch Credé, keine Nachblutung. Placenta lag lateral links, war 23×15 gross.	Am Abend des 2. Tages 38.4° dann normal.	Knabe 50 ctm. 2700 grm. † geboren.
No. 23. Journ.-No. 345. 1884. 25 J. III para	9 1/2	starke Bltg nach Blasensprung	Pl. pr. lat dextra. Schiefelage I. B. Wehen schwach. Nur geringe Bltg. Nach dem spontanen Blasen- sprung viel Blutabgang, man fühlt einen grossen gelösten Lappen der Placenta. Mm. fast völlig erweitert. Wendung, später Extraction. Arme nach aufwärts geschlagen.	ger. Fieber nach 4 Tag. man fand Phthisis.	Knabe 48 ctm. 2540 grm. † geboren.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 26. Journ.-No. 221. 1885. 23 J. IV para.	4½	starke Bltg.	I Periode 2 Tage 2½ Stunden, II Periode, 1 h. III 15'. Placenta 18×24 ctm. Keine Nachblutung.		
			Colpeurynter. Blase stülpt sich neben der rechtsliegenden Placenta vor. Blasenstich dann Tamponade. Dann kräftige Wehen, spontane Geburt. Placenta 14×16 I Per. 40 h. 30'.	Temp. p. p. 39.4° dann norm. Am 4. Tg. Abg. von Eih. Fetzen ohne Temp. Steigerung.	Knabe 26 ctm. 450 grm. † geboren.
No. 32. Journ.-No 794 1886. 30 J. VIII para.	6½	starke Bltg.	S. L. II Blutung neben dem stark gefüllten Colpeurynter. Tamponade in Narkose, wegen Empfindlichkeit der P. Dann Eichenstich und combinirte Wendung Blutung steht. Spontane Geburt. Placenta (14×15 ctm) spontan geboren.	Wochenb. o. Fieb. Nach 14 Tg. Uter. retroflectirt.	Mädchen 33 ctm. 800 grm. todtg eboren.
			pl. pr. lat. dextra. Zwillinge I. Kind I Steisslage. II Kind I Schädell.	4 Tage sehr ger. Steiger.	2 Knaben 38.5 ctm.
No. 33. Journ.-No. 258.	7½	Pat. blutete zieml. viel			

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
1887. 26 J. III.		d. g. Woche v. d. Geburt	Mm. 2 Markstück gross. Auf Tamponeade steht Blutung. Punction der Eihäute, dann Colpeurynter bei fast völlig erw. Mm. Herunterholung eines Fusses und Extraction des I Kindes. Dann Punction der II Blase. II Kind spontan geboren. Expression der Placenta. Blutverlust bei Geburt und bei Expression der Placenta 2215 gm. Fruchtwasser des I. Kindes 325 gm. Fruchtwasser des II. Kindes 800 gm. Nabelschnüre beide velamentos inserirt.	der Temper. Einm. Abds. 38.9, dann normales Wochenbett. sehr anämisch.	1350 gm. waren abgest.
No. 34. Journ.-No. 409 1887. 39 J. VI.	10	Vom 4. Mon. an fast tägl. etwas Blutabgang.	Pl. pr. lat. dextr. II Gesichtslage, mit Kinn nach hinten. 3 Std. nach Wehenanfang noch fast keine Bltg. bei fast völlig erweiterten Mm. Versuch durch Zange das Kinn, das nach hinten stand, hervorzuholen. Doch der Kopf glitt aus, dabei Meconium Abgang. Sofort Wendung, Extraction schwer, da die Arme	Normales Wochenbett	Knabe 51 ctm. 3250 gm. asphyctisch konnte nicht wiederbelebt werden.

Name? Alter. para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 35. Journ.-No. 536 1887. 23 J, II para.	6	16 h. vor Wehen, plötz- lich starke Blutung.	zurückgeschlagen, und Nabelschnur nochmals um die Arme umschlungen war. I Periode 31½ h. II 1 h. III 10' spontan. Placenta 18×23. fibrös Schwarten am Rande.	P., welche schon bei der Aufnahme eine linksseit. Pleuritis hat., litt im Wbett. noch längere Zeit daran Temp. bis 41° geheilt.	Mädchen 35 ctm. 950 grm. todtgeboren.
No. 37. Journ.-No. 382. 1888. 38 J. VII para.	8	4 Tage vor Geburt die erste Blutung sehr stark.	Pl. pr. lat. sin. II S. Lage. Wehen schwach, dabei sehr starke Blutung. Heisse Einspritzung Colpeurynter und da Blut noch abgeht Tamponade. Vordem waren bei der sehr anämischen Kranken 600 grm. Blut abgegangen. Spontane Geburt, dabei nur 60	† n. 11 Tg. hochgradige Anämie, Endometritis Cervicalis Paracolpitis ichorosa.	Mädchen 49 ctm. 2300 grm. macerirt I G.

X

Name? Alter. para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 38. Journ.-No. 383. 1888. 38 J. XII para.	10	Nicht 'sehr stark.	Blut. I Periode 76½ h. II 3' III 2' h. Placenta 12×15, durch Credé 2 × Kochsalz-Lösung in das Rectum. I S. L. pl. pr. lat. sin. Wehenschw. Tamponade wurde wiederholt aus- geführt. I Periode 36 h. ganz plötzl. Kind spontan geboren. Placenta 2 Std. nach der Geburt durch Credé. Sie maass 15×18 ctm. Im ganzen 600 grm. Blut verloren.	Fieber vom 3. Tag an, dann 22 Tg. lang Fieber. geheilt entl. n. wiederbel.	Knabe 52 ctm. 3000 grm. cyanotisch n. wiederbel.
No. 39. Journ.-No. 628. 1888. 36 J. XI para.	10	sehr heftige	I S. L. pl. pr. lat. sin. Wasser schon 8 Tage abgeflossen. Bei 3 Mkstück grossem Mm. sehr heftige Blutung. Tamponade. Geburt spontan. I Periode 21 h. II P. 5' III 50'. Placenta 19×22 durch Credé.	vollständig normal	Mädchen 53 ctm. 4300 grm. cyanotisch geboren.
No. 40. Journ.-No. 668 1888. 37 J. XI para.	8	hochgradig anämisch	II Steisslage, pl. pr. lat. dextra. P. hatte schon vor Aufnahme 1 Woche sehr stark geblutet und wurde draussen tamponirt. Temp. kurz nach der Geburt 39.2°. In Anstalt Tampon-	† nach 5½ Tagen an Myode- generatio cordis.	Mädchen 45/750. macerirt II Grades.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 41. Journ.-No. 782. 1888. 32 J. VII para.	8 $\frac{1}{2}$	nicht sehr starke Blutung.	nade. Geburt spontan. I Periode 4 h. 40' II 1 h. 5' III 2 h. 5' Pl. 19×20 durch Credé entfernt. Schieflage II a pl. pr. lat. dextra Becken verengt. 1 Std. vor Wehen- beginn Blutung und Tamponade. Bei fast erweitertem Mm. Wendung nach einiger Zeit Extraction I Per. 11 h. II 1 h. III 15' Placenta 16×24 durch Credé.	völlig normal	Mädchen 42 ctm. 2200 grm. todtgeboren.
No. 43. Journ.-No. 198. 1889. 27 J. I para.	6 $\frac{1}{2}$	mässige Blutung seit 3 Wochen	II Steisslage pl. pr. lat. sin. Ausser- halb tamponirt. Kind neben placenta spontan geboren. Placenta 14×14 ctm. spontan geb.	völlig normal	Mädchen 33 ctm. 1300 grm. lebend nur 6 $\frac{1}{2}$ Monat alt.
No. 44. Journ.-No. 251. 1889. 38 J. X para.	9	wenig.	II S. L. Conj. diag. 11 ctm. Einleit. v. künstl. Frühgeb. durch Bougier. Heisse Irrigation. 8 Tage nachdem die ersten Bogies einget. springt die Blase u. es erf. erster Blut- abgang. Heisse Irrigationen. Geburt spontan.	normal	Kind w. der Ausstossung abgestorben. 46 ctm. lang. 2200 grm.

Name? Alter. para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 45. Journ.-No. 374. 1889. 26 J. II para.	5	In letzten 8 Tagen beständ. aber nicht sehr stark.	Zwillinge. Geburt völlig spontan. I Per. 7 h, 40' II 45' Placenta sof. mit dem II Kinde. Placenten 10×12 und 8×9	Etwas Blut- verlust im Wochenbett sonst normal.	I Mädchen 25 ctm. 200 grm. lebend geb. stirbt bald II Kind 23 ctm. 190 grm. † geboren.
No. 46. Journ.-No. 483. 1889, 32 J. VII para.	10	1800 grm. Blutverlust.	II Steisslage und pl. pr. lat. dextra. Tamponade. Sprengung der Blase bei völlig erweiterter Mm. Extraction an 2 Füßen. Expressio capitis. Credé sofort. I Periode 5 h. 25. Placenta 13×16. Nach Sprengung der Blase war die Nabelschnur vorgefallen, fast pulslos. Meconium ging reichlich ab.	Patient. hatte 3 Wochen Fieber. Ulcera vaginae. Wed. Schüttelfröste Thrombosen, Oedeme noch Parametritis. Geheilt.	Mädchen 48 ctm. 3500 grm. macht 2 in- spiratione war äusserst anämisch. †
No. 47. Journ.-No. 680. 1889. 34 J. V para.	10	sehr stark.	Pl. pr. lat. sin. II S. L. 5 Tage v. Geburt Beginn d. Bltg. stark. Wehen schwach. I Period. sehr lang. Wird im Collapse hereingebracht. Kindliche Herztöne	Collapse. Schmerz in parametrien.	Knabe 53 ctm. 3700 grm. intrapartum †

X

Name? Alter. para.	Schwangerschafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
			7-8-8. Wiederholt starke Bltg. und wiederholte Tamponade. Blase wird gesprengt, trotzdem weil Kopf nicht eintritt, Anhalten der Blutung. Tamponade. Bei fast völlig erweitertem Mm. Innere Wendung u. sofortige Extraction. I Periode 83 h. III 5 Credé.	Ein mal 38.6° dann normal.	
No. 49. Journ.-No. 712. 1889. 35 J. V para.	9	14 u. 3 Tage vor Geburt etwas Blut- abgang. Bei der Geburt zieml. viel.	II. Schädellage. Tamponade wird so lange fortgesetzt, bis die Blase spontan springt und der Kopf sich quer einstellt und die Blutung zum Stehen bringt. Geburt spontan. I. Periode 34 h. II 1 h. III. 45' Credé. 700 gm. Blut. Placenta 15×20 ctm., lang ausgezogen.	völlig normal.	Mädchen 45 ctm. 2440 gm. ges. entlassen.
No. 51. Fr. Eckertsberger 1889 37 J. III para.	10	sehr stark.	Tamponade ausserhalb der Anstalt. Kind spontan in II S. Lage geboren. (In der Anstalt waren einige Fälle von Sepsis puerperalis zur gleichen Zeit.	Mutter † an Metrophlebotrombosis.	Kind 50 ctm. 3150 gm. kurz vor der Geburt abgestorben.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 52. Therese Schöffler 1890. 27 J. V para.	7 ³ / ₄	Erste Bltg. 2 Monate vor Geburt. Mit Wehenbeginn sehr stark.	I Periode 7 h. III 5'. Credé. Uterus zu Beginn der Geburt sehr schlaff. Versuch den Kopf einzuleiten. Innere Wendung und Extraction nach künstl. Blasensprung bei fast völlig erweitertem Mm.	Am 1. Tag nach der Ent- bindung 39.2° sof. Temperat. Abfall, dann normal.	Kind 43 ctm. 1750 grm. mit Herzpuls geboren. † n. 1/4 h.
No. 53. Ther. Bernmüller 1890. 44 J. XIV para.	10	Erste Blutg. 15 Wochen vor Geburt alle 2-3 Wochen wied.kehrend (5 mal v. der Geburt.)	Tamponade. Bei völlig erw. Mm. Wendung und Extraction. I Per. 17 ¹ / ₄ h. III 5' Credé. Placenta 16×18 ctm.	Nie über 38° Temp.	Kind 51 ctm. 3050 grm. gesund entl- lassen.

Placenta praevia centralis.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 21. Journ.-No. 124. 1884. 22 J. III para.	10	Vor 5 Woch. etw. Blut ver- loren, do. vor 3 Wochen. I h. v. Wehen starke Bltg.	II S. L. Colpeurynter eingel., um Wehen zu erz. u. Bltg. zu stillen. Später wird die Placenta perforirt um 850 grm. Fruchtwasser abzu- lassen. Darauf Tamponade. Geburt spontan. I u. II Per. 10 H. III P. 15' Credé.	völlig normal	Mädchen 50 ctm. 3750 grm. intra partum gestorben.
No. 25. Journ.-No. 628. 1885. 32 J. VIII para.	10	Erste Blutung in I Periode bei noch stehend. Blase sehr stark.	I S. L. Tamponade. Der Mm. contrahirte sich unter der Tampon- wirkung etwas. Später umging man die Placenta und sprengte die Blase. Darauf Wendung und Extraction. Veit-Smellié. Placenta 18×20 durch Credé entfernt. I Period. 20 ³ / ₄ h.	P. laborirt etw. m. ihrer Phthisis sonst völl. normal.	Knabe 52 ctm. 3450 grm. lebt. Gesund entl.
No. 30. Journ.-No. 711. 1886. 39 J. XII para.	9 ¹ / ₂	26 Tage vor Geburt erste starke Blutg. 3 Tage ante partum	Schiefelage I b. Wardraussen tamponirt. Bei der Aufnahme Mm. 5 Mk.- Stück gross, weich. Wegen erneuter Bltg. nochmals tamponirt, bis Vor- bereitungen zur Wendung gemacht	Retention von Eihäuten. stirbt nach 18 Tagen	Mädchen 49 ctm. 2800 grm. Gesund entl.

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat,	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
		wiederholte diese sich. Hochgradig anämisch.	werden konnten. Man umging die Placenta, sprengte die Eihäute, (3 bis 4 Liter Fruchtwasser) Wendung und sofortige Extraction. Placenta exprimirt 5' p. p. I Per. 12 H. Wegen gering. Bltg. p. p. Ergotin und heisse Ausspülung. Placenta 17 × 19 ctm.	Metrophlebo- thrombose.	
No. 42. Journ.-No. 121. 1889. 35 J. IV para.	10	War immer anämisch. In letzt. 2 Mon. d. Schwangerschaft häufige Blutungen. Hochgradig anämisch.	II S. L. Wurde poliklinisch behandelt. Tamponade. Kind war bei der Aufnahme schon abgestorben. Auf Tamponade steht die Blutung vollständig. Nat. Cl. Sol pr. rectum. Blase wurde künstl. gesprengt und man versuchte Kopf einzuleiten. Wegen des starken Collapses Wendung und Extraction. Placenta 20 × 23, wurde exprimirt während des Exitus.	+ an Verblutung.	Knabe 50 ctm. 3450 grm. macerirt 10
No. 48. Journ.-No. 689. 1829. 30 J. V para.	10½	In den letzt. 6 Monaten 5 mal sehr starke Bltg.	Schiefelage Ia. Pat. kam stark blutend herein. Tamponade. Gegen Rath des Arztes verlässt die Pat. die Anstalt und entzieht sich der Be-	+ 1½ h. nach der Geb. an Luftemboli. Uterusruptur.	Mädchen 56 cm. 4525 grm. Kopfumfang

Name? Alter. para.	Schwanger- schafts- Monat.	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe.	Ausgang für	
				Mutter	Kind
No. 50. 1889. Frau Roth. 37 J. 10 para.	8		handlung. War 10 Tage in der Stadt und verlor während jener Zeit viel Blut. Wurde dann im starken Collapse hereingebracht! Man machte die Wendung und Extraction, indem man die Placenta durchbohrte. Plac. durch Credé. Placenta 21×22.		36 ctm. intra partum abgestorben.
			II S. L. Tamponade draussen. Geburt spontan, nachdem im Hause auch Tampon angewendet war. Im Hause war zu gleicher Zeit eine Puerperal Endemie. Fall 51, mit pl. pr. lat. erkrankte zur gleichen Zeit.	† an Metrophlebo- thrombose nach 3 Woch.	Kind 41 ctm. 1750 grm. totgeboren.

=====

Hecker's Fälle.

Beobachtungen aus der Münchener Frauenklinik.

1. No. 359—1866. 35 J. III para. Mit Wehenbeginn erste Blutung (grosse Menge). Kind ausgetragen. Auswärts mit Schwamm tamponirt. Pl. lateralis dextra, I S. L. In der Anstalt Entfernung des Schwammes. Colpeurynter wiederholt eingeführt. Wehen schwach. Wiederholt Colpeurynter eingeführt. Blutung steht. Versuch der Blasensprengung bei thalergrossen Mm. misslingt. Blasensprung spontan bei völliger erweitertem Mm. Geburt spontan. I. Periode. 2 Tage 1½ h. II. 1 h. 15'. III. 20'. Placenta durch Credé. Keine Nachblutung. Placenta 27×14, 725 grm. Kind 49 ctm., 2875 grm., bleibt am Leben. Mutter † nach 6 Tagen an der lymphatischen Form des Puerperalfiebers. Corpus luteum links, Ansatz der Placenta gerade nach vorn und oben über dem innern Muttermunde. Rechte Tuba mit dem Ovarium narbig verwachsen.
2. No. 206—1867. 34 J. VI para. 235. Tag der Schwangerschaft. Schon vor Aufnahme geblutet. Pl. pr. lat. dextra. Mm. Guldengross. Colpeurynter wird wiederholt eingeführt, keine Wehen, geringer Blutabgang. Bei Kronenthalergrösse des Mm. stärkere Blutung. In Narkose wird ein Fuss des in I hoher Schiefelage befindl. Kindes eingeleitet, und bei jeder Wehe etwas angezogen. Kurz darauf wird ein kleines nicht asphyctisches Mädchen, 46 ctm. lang, 2150 grm., welches bald stirbt, geboren. I. Periode. 24 h. II. und III. 15'. Placenta oblong, 600 grm. schwer. Mutter bleibt gesund.
3. No. 175—1869. 40 J. II para. 10. Monat der Schwangerschaft. Kind in 2. S. L. Pl. pr. lat. dextra. Zur Stillung der Blutung wird die Blase gesprengt bei über Guldengrossen Mm., und Geburt erfolgt nach 3½ h. spontan. Dabei kein Blutabgang. Kind frisch abgestorben, 46 ctm. lang, 2780 grm. schwer. Placenta wog 500 grm. Mutter bleibt gesund. I. Periode. 10 h. II. P. 1 h. III. P. 15'.

4. No. 645—1870. 26 J. II para. 10. Monat der Schwangerschaft, Kind in I hoher Schiefelage. Pl. pr. lat. dextra, welche erste Blutung bei halbguldengrossen Mm. verursachte. Colpeurynter bleibt 5 h. liegen. Starke Wehen. Blutung sehr heftig. Mm. nicht völlig erweitert, Einleitung eines Fusses und schnelle Extraction. Trotzdem das 51 ctm. lange, 3290 grm. schwere Kind frisch abgestorben, (wegen Blutung aus der Placenta. Hecker). Placenta, 550 grm. schwer, durch Credé. I. Periode 12 h., II. $\frac{1}{2}$ h., III. 10'. Mutter anämisch, erholt sich.
5. No. 894—1874. 35 J. V para. Erste Blutung bei Beginn der Wehen, II S. L. pl. pr. lateral. Tamponade. In Narkose bei nicht völlig erweitertem Mm. innere Wendung, Extraction sofort, schwierig; Placenta durch Credé n. 10'. I. Periode 8 h., II. 15'. Kind, ausgetragen 49 $\frac{1}{2}$, 3300 grm. schwer, asphyctisch, wurde wiederbelebt und blieb am Leben. Mutter machte normales W. B. durch.
6. No. 44—1875. 26 J. I para. Verliert seit längerer Zeit Blut. Schwanger im 9. Monat. Tamponade stillt Bltg. der lateralen Placenta und macht Wehen besser. Blase sprang 2 h. vor Wehenbeginn, ausserhalb der Anstalt. Tamponade wiederholt. I. Geburtsperiode 3 Tage. Bei fast vollständ. erweitert. Mm. Wendung und Extraction des Kindes, welches sich in II S. L., mit vorgefallenem rechten Arm und Fuss, befand. Narkose, wegen enger Scheide, Wendung und Extraction leicht in 15'. Placenta manuell entfernt! Nicht adhärent! Kind 40 ctm. lang, 3350 grm. schwer, asphyctisch, wurde wiederbelebt, starb n. 2 Tagen an Atrophie. Mutter, lymphatische Form der Sepsis wurde in das Allg. Krankenhaus transferirt. († ?).
7. No. 45—1876. 32 J. II para. Ende des 10. Monats schwanger. Placenta pr. lat. Kurz vor Beginn der Wehen etwas Blutabgang, ebenso einmal als Schwangere. Bei Markstückgross. Mm. Colpeuryse. Der Colpeurynter wird durch Wehen ausgepresst, Mm. vollständig erweitert, Blasensprengung, Wendung und Extraction des in I S. L. befindlichen Kindes. I Periode 14 h., II.

- 15'. Placenta folgte dem Kinde sofort. Das 3900 gm. schwere Kind bleibt am Leben. Mutter bleibt gesund.
8. No. 98—1876. 27 J. II para. Schwanger im 9. Monat. Placenta liegt lateral vor. Mm. für 1 Finger durchgängig, es geht viel Blut ab, Colpeuryse wiederholt, Bltg. steht. Nach 61 h. kreissen, bedenkliche Blutung bei nicht völlig erweitertem Mm. Kind in II Schiefelage a. Wendung dabei prolapse eines Stückes placenta, und Abfluss einer enorm grossen Menge Fruchtwassers. Extraction sehr schwer, Lösung der zurückgeschlagenen Arme. Placenta spontan. Kind 47,5 ctm. lang, 2390 gm. schwer, bleibt am Leben. Mutter bekommt Putrescentia uteri, † n. 20 Tagen.
9. No. 224—1878. 25 J. IV para. Pl. pr. lateralis. Patientin blutete stark auf dem Wege zur Anstalt. (1 h.). Angekommen war der Mm. fast vollständig erweitert, man sprengte die Blase, wendete das in II Schiefelage befindliche Kind auf 2 Füsse und extrahierte. Es war fast ausgetragen, 47 ctm. lang, 2400 gm. schwer, 31,5 Kopfumfang. Mutter und Kind blieben gesund.
10. No. 375—1878. 33 J. VI para. mit pl. pr. lat. sinistra. Ende des 8. Monats schwanger. Blutabgang seit 2 Wochen. Frühere Entbindungen mit Ansnahme des II alle abnorm. Kinder sind normal. Mm. noch nicht völlig erweitert, dennoch in Narkose, Extraction des in I Fusslage befindlichen 1900 gm. schweren, 44 ctm. langen Kindes. Bei der schweren Lösung der Arme riss ein Stück placenta ab, ein anderes befand sich im Munde des Kindes. Kind asphyctisch, wiederbelebt, stirbt nach 2 Tagen 20 h. Mutter bleibt gesund.
11. No. 1089—1878. 33 J. I para. 9 Monat schwanger. Hat schon 5× in Zwischenräumen von 8 Tagen geblutet, 2× sehr stark. Pl. pr. lateralis. Straffe Colpeuryse um Wehen zu erzeugen bei geschlossenem Mm. Es erfolgt grünliches Erbrechen darauf, keine Wehen. Colpeurynter entfernt, dafür Carbolölwatte-tampons nach Spiegelberg. Nach 24 h. war der Mm.

Markstückgross und etwas Blut sickerte trotz der Tamponade durch. Trotz des engen Mm. wurde dieser manuell erweitert und die Wendung des in I S. L. befindlichen Kindes vollzogen. Wendung langsam und mühsam; Entwicklung des Kopfes durch vereinigte Zug- und Druckwirkung sehr schwierig. Das Kind, 43 ctm. lang, 2000 grm. schwer, war frisch abgestorben. Die Placenta wurde manuell entfernt. Mutter † nach 3 Tagen. Ausgedehnter Cervix Riss, und daran sich anschliessend eine puerperale Endometritis.

12. No. 403—1880. 40 J. XV para. Schwanger im X Monat, mit pl. pr. lat. sinistra. Hatte früher 5× abortirt, und einmal vor einer Geburt heftige Bltg. gehabt. Bei ihrer Ankunft war die Blase gesprungen, die Scheide mit Blutcoagulis angefüllt, Mm. fünfmarkstückgross und dehnbar. Kind in I S. L. Nabelschnur vorgefallen. Wehen sehr kräftig, Uterus fast beständig contrahirt. Man wartete deshalb $\frac{1}{2}$ h., aber Blutung wurde stärker. Deshalb trotz der Enge des Mm. Wendung, und es wurde Extraction angeschlossen nach einer kurzen Pause. Kopf entwickelt durch Veit-Smellie und Cristeller. I Periode $9\frac{1}{2}$ h., Kind ausgetragen, 49 ctm. lang, 3200 grm. schwer, tief asphyctisch, mit Herzpuls. Wiederbelebung erfolglos. Credé nach 15'. Mutter bekommt eine Pelveoperitonitis, bleibt am Leben.
13. No. 163—1881. 28 J. I para. 7 Monat schwanger. Pl. pr. lateralis. Patientin litt schon längere Zeit an Blutungen. Mm. für ein Finger durchgängig, Blutung, Colpeurynter. Nach 1 h. dieser angepresst. Mm. Thalergröss, nicht rigide. Kind in II vollk. Fusslage. Extraction erfolgte sofort. Entwicklung des Kopfes sehr schwierig. Placenta wurde manuell entfernt. Kind 39 ctm., 1650 grm., † an Lebensschwäche n. $\frac{1}{4}$ h. Mutter gesund nach 10 Tagen entlassen.
14. No. 930—1881. 27 J. V para. 10 Monat schwanger. Pl. pr. lat. sinis et post. Am Tage vor der Geburt starke Blutung. Kind in II S. L. Mm. 2 Finger weit. Colpeurynter 4 mal eingelegt, stillt die Blutung.

- Wehen schlecht. Da sich Blutung wiederholt, wird die Wendung trotz geringer Vorbereitung des Mm. (3 Finger breit) vorgenommen. Beide Füße werden eingeleitet; der Kopf bereitet viele Schwierigkeiten. Kind asphyctisch — nicht wiederbelebt, 52 ctm. lang, 3400 grm. schwer. Placenta durch Credé. I Periode 2 Tage 12 Std. Mutter stirbt nach 14 h. Section. Anaemia universalis. Portio und Cervix zeigen Einrisse an einer Stelle bis zur Serosa.
15. No. 1180—1881. 27 J. VI para. 9 Monat schwanger. Pl. pr. centralis. — Colpeurynter stillt die Blutung. Bei fast völlig erweitertem Mm. Wendung und langsame Extraction. Kind 40 ctm. lang, 2500 grm. Stirbt nach 5 Tagen an Atropie. Placenta manuell entfernt, Eihäute mit dem Fundus uteri verwachsen. Beträchtliche Nachblutung. Patientin gesund entlassen nach 8 Tagen.
16. No. 278—1882. 20 J. pl. pr. lat. dextra. 8 Monat schwanger. 30 h. vor Geburt sehr starke Blutung. Ohnmacht. Mm. für 2 Finger durchgängig. Colpeurynter wird nach 7 h. ausgestossen. Blutung steht. Kind in I S. L. Nach einer Pause wieder Colpeuryse, da erneute Blutung aufgetreten. Abermalige Colpeuryse bringt Wehen. Bald darauf Wendung und Extraction eines todten 43 ctm. langen, 1850 grm. schweren Kindes. Placenta folgt sofort durch Credé. Blutung und Fieber post partum. Transferirt in das Krankenhaus. — Pelveoperitonitis.
17. No. 286—1882. 32 J. V para. Schwanger im 8. Monat. Blutung beständig seit 8 Tagen. Placenta pr. lat. sinistra. War draussen tamponirt. Zweimal Colpeurynter eingeführt, bis Mm. Thalergröss und nachgiebig. Kind in I S. L. Wendung und Extraction war leicht. Credé vergeblich. Manuelle Lösung der Placenta unter grossem Blutverlust. Kind 43 ctm. lang, 1450 grm. schwer, starb nach 15', Mutter gesund entlassen.
18. No. 506—1883. 23 J. 2 para. Schwanger im 19. Monat. Blutet seit 8 Tagen. Pl. pr. centralis Kind in I Vorderscheitellage. Durchbohrung der

placenta bei 5 Mkstück grossem Mm. Wendung und Extraction. Entwicklung des Kopfes sehr schwierig. Credé. Kind 2850 grm. frisch abgestorben. 7 Tage Fieber, nach 14 Tagen Mutter gesund entlassen.

19. No. 583—1883. 25 J. I para. 9 Monat schwanger. $3\frac{1}{2}$ Tage vor Geburt sehr grosser Blutverlust. — Placenta pr. lat. Im Verlaufe von 2 Tagen Colpeuryse wiederholt ausgeführt, ohne Erweiterung des Mm. zu erzielen. Blase sprang spontan, worauf starke Wehen und spontane Geburt eines 48.5 cm. langes, 2750 grm. schweren Kindes, welches nach 18 h. starb. Placenta manuell gelöst, sehr starke Blutung. Mutter hatte 7 Tage Fieber, worauf sie ins Krankenhaus transportirt wurde und nach längerem Krankenlager genass.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrath Prof. Dr. Winckel für die gütige Ueberlassung der Statistik hiermit öffentlich meinen wärmsten Dank auszusprechen. Zugleich möchte ich im Auftrage der vielen amerikanischen Collegen, welche in seiner Klinik so viel Anregung und Belehrung fanden, unsere ergebenste Erkenntlichkeit zum Ausdrücke bringen.

Weber, Frederick R. B. S.

Casuistischer Beitrag zur Placenta praevia auf Grund von 53 Beobachtungen
in der Münchener Frauenklinik ...

Berlin 1891

Diss.med. 230-18/32#Beibd.32

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11595719-0